

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

570

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Julien ROUART

Interne des Asiles de la Seine
Né le 24 mars 1901 *à Paris*

PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE ET FOLIES DISCORDANTES

*Situation nosographique de quelques formes
particulières par rapport à ces entités*

(Travail de la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale
Professeur Claude)

Président : M. HENRI CLAUDE,
Membre de l'Académie de Médecine, Professeur

CAHORS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT
(Personnel intéressé)

1935

156

21

12401

100

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Julien ROUART

Interne des Asiles de la Seine

Né le 24 mars 1901

PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE
ET FOLIES DISCORDANTES

*Situation nosographique de quelques formes
particulières par rapport à ces entités*

(Travail de la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale
Professeur Claude)

Président : M. HENRI CLAUDE,
Membre de l'Académie de Médecine, Professeur

CAHORS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT

(Personnel intéressé)

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD... Histologie.
 CATHALA.... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GASTINEL.... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME.... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 OBERLING.... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE.... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH.... Pathologie chirurgicale.
 JUSTIN-BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET.... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE... Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.....	
AUBERTIN.....		CADENAT.....	
BRULÉ.....		GATELLIER....	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER..	
CHIRAY.....		MOURE.....	
DONZELOT.....		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ....	
LIAN.....		VELTER.....	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.....			
SÉZARY.....			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.....	
LE LORIER.....	
LÉVY-SOLAL...	
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY ...	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

en témoignage de grande affection.

A MON ONCLE :

PAUL VALERY,
de l'Académie Française,

*qu'il trouve exprimée ici toute mon
affectueuse admiration.*

A MES FRERES

A MON COUSIN ET AMI D'ENFANCE :

CLAUDE VALERY.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE,

Membre de l'Académie de Médecine,

*dont nous avons, en qualité d'interne,
suivi le haut enseignement, en re-
merciement de sa bienveillance et
de l'honneur qu'il nous fait en pré-
sidant la soutenance de notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LEVY-VALENSI,

Médecin des Hôpitaux.

*Que la grande bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée à Brévannes,
où nous fûmes son interne, et à Ste-
Anne, trouve ici l'expression d'une
sincère et vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES DUMAS,

Membre de l'Institut,

en hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES ASILES :

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MIGNOT,

Médecin de l'Asile de Ville-Evrard ;

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. MARCHAND,

Médecin de l'Asile Sainte-Anne ;

A MONSIEUR LE DOCTEUR T. SIMON,

Médecin du Service de l'Admission ;

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRUELLE,

Médecin de l'Asile Sainte-Anne ;

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAPGRAS,

Médecin de l'Asile Sainte-Anne,

*qui nous firent bénéficier, au cours
des années d'internat passées dans
leur Service, de leur grande culture
psychiatrique, en témoignage de
toute notre gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BOUR.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

A la Mémoire

DU PROFESSEUR LÉON BERNARD.

A la Mémoire

DU PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARLES FOIX.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE,

Médecin de l'Hôpital Laënnec ;

A MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE,

Médecin de l'Hôpital Trousseau ;

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE,

*dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RENAUD,

Médecin de l'Hospice de Brévannes,

*dont nous fûmes l'interne, en hom-
mage reconnaissant et respectueux.*

AU DOCTEUR MARCEL FEVRE,

Chirurgien des Hôpitaux ;

AUX DOCTEURS HILLEMAND, PELISSIER, TRIBOULET,

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté.

A MES AMIS :

LE DOCTEUR HENRI EY,

LE DOCTEUR PIERRE MALE,

LE DOCTEUR JACQUES LACAN,

Anciens Chefs de Clinique, Médecins des Asiles,

*auprès desquels j'ai trouvé, au cours
de mes études psychiatriques, le
bénéfice d'une expérience et d'une
amitié précieuses. Que cette amitié
trouve ici, de ma part, son ex-
pression la plus vive.*

A MON AMI, LE DOCTEUR DANIEL LAGACHE,

Agrégé de l'Université,
Médecin des Asiles,

*en souvenir de notre collaboration
très amicale.*

A MON AMI, LE DOCTEUR PIERRE MARESCHAL,

Chef de Clinique à la Faculté,
Médecin des Asiles.

bien amicalement.

A MES AMIS, LES DOCTEURS PICARD, Médecin des Asiles;
GARAND, MIGAULT, anciens Chefs de Clinique ;
LE GUILLANT, ancien Chef de Clinique, Médecin
des Asiles ; CARON, Chef de Clinique, Médecin des
Asiles ; HUMBERT, Médecin des Asiles.

A MES AMIS, LES DOCTEURS JEAN MULLER
ET ANDRÉ DELEAGE,

*en témoignage d'une cordiale et an-
cienne amitié.*

Les publications dans lesquelles le problème, par nous-mêmes abordé, se trouve posé et parfois soumis à des essais de solution parurent toutes à une époque qui s'étend des premières années de ce siècle à nos jours. La raison en est évidente : il ne pouvait y avoir de problème que ses données n'existassent. Il ne pouvait y avoir confusion entre deux entités qu'elles ne fussent créées. De la nosographie kræpelinienne, ce problème est la conséquence.

Devant l'incontestable réalité clinique de ces entités, il parut étonnant que tous les cas ne se soumissent point à la rigueur de leurs cadres, étonnement qui ne pouvait se produire tant que les genres étaient confondus et que, si diverses que fussent les formes qu'empruntât la folie, rien ne permettait de dire qu'il y eût différence de nature entre ses multiples manifestations. Rien, non plus, n'empêchait qu'on supposât que, de l'une pût se faire le passage vers une autre ou que s'intriquassent leurs aspects variés dont l'individualité s'identifiait à ce que nous appelons aujourd'hui syndrome.

Nous verrons tout d'abord à quelles conditions fut soumise leur élévation au rang de « maladies » au sens que la pathologie générale donne à ce mot ; nous étudierons ensuite quelles furent les conséquences de cette méthode, quelles critiques elle suscita, quelles réserves la clinique et les travaux méthodologiques plus récents commandent ou conseillent d'y apporter.

Ces considérations nous ont fatalement conduits à traiter comme question de psychopathologie générale le problème posé.

Les discussions purement théoriques, auxquelles nous

ont entraîné l'usage indispensable de cette méthode, font l'objet de la première partie.

Dans une seconde partie, par des faits cliniques, nous opposerons le type idéal maniaque-dépressif à un exemple caractéristique de psychose discordante et nous étudierons, à propos d'un certain nombre de types, s'ils doivent être intégrés ou non à l'une ou à l'autre de ces entités morbides ou rester isolés.

Nous nous efforcerons d'analyser la structure de ces états, et d'en avoir une connaissance compréhensive à défaut de pouvoir toujours les classer dans les cadres de la psychiatrie spéciale.

Le terme *schizophrénie*, à plusieurs reprises utilisé dans cet ouvrage, est pris dans le sens large que BLEULER lui donnait.

Avant d'exposer notre thèse, nous ne saurions assez remercier M. le Professeur CLAUDE, qui en préside la soutenance, et M. le Professeur Agrégé LÉVY-VALENSI, tous deux instigateurs de ce travail.

Nous remercions bien vivement nos maîtres et confrères qui nous permirent d'observer de nombreux cas pathologiques. Que MM. les Docteurs LEROY, CAPGRAS, MARCHAND, X. ABÉLY, P. SCHIFF et PICARD trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Que notre ami, Henri Ey, dont le service nous est si largement ouvert, soit assuré d'une reconnaissance particulière et de notre grande amitié.

PREMIÈRE PARTIE

THÉORIES ET DOCTRINES

CHAPITRE PREMIER

VERS LA CONSTITUTION D'UNITES NOSOGRAPHIQUES DE KRÆPELIN A BLEULER

Nous ne voulons pas reprendre ici l'histoire des entités morbides dont nous étudions les rapports, ni rappeler comment furent isolés les divers états qui les constituent. Un type clinique, ou ce que nous appelons volontiers un syndrome, constituait à lui seul une entité morbide, ou une forme d'un vaste groupe imprécis. Si nous considérons la classification nosographique de KRÆPELIN comme le premier travail d'ensemble qui permit de distinguer des maladies dont tous les types cliniques observés n'étaient que des manifestations, nous ne devons pas oublier que ce travail, tout partiel qu'il fût, était commencé bien avant lui. Nous verrons qu'en Allemagne, KAHLBAUM et HECKER décrivirent et isolèrent l'hébéphrénie. Mais les auteurs français avaient déjà détaché de la lypémanie bien des troubles qui en faisaient partie et celle-ci était réduite à ce qu'on appelle mélancolie. C'est alors que FALRET et BAILLARGER décrivirent — et la priorité de leurs travaux fut entre eux âprement discutée — la folie à double forme (BAILLARGER) et la folie circulaire (J.-P. FALRET). Ces entités faites, comme nous le verrons, de types cliniques très purs et d'une certaine évolution, paraissent actuellement difficiles à séparer d'autres troubles dont l'aspect clinique et l'évolution sont voisins. Ils n'en constituent pas moins les types les plus aptes à donner, des états maniaco-dépressifs, une image idéale dont on peut rapprocher plus ou moins ce que MAGNAN englobe sous le nom de folie *intermittente* et KRÆPELIN, sous le terme de *psychose maniaque dépressive*.

Ce que KRÆPELIN devait appeler *démence précoce* avait déjà été considéré par ESQUIROL comme idiotie acquise. Le terme même de *démence précoce* avait été employé par MOREL, mais pour désigner au contraire une maladie héréditaire. L'idiotie acquise, pour cet auteur, relevait de la dégénérescence ; fait qui montre que, si les *unités morbides* préoccupaient ces auteurs, la *personnalité* qui subissait l'évolution de ces maladies était aussi, à cette époque, objet de préoccupation.

S'il faut donc reconnaître que *l'idée d'unité morbide* précéda les travaux de KRÆPELIN et guida ceux de nombreux auteurs, la *notion* même de *l'unité morbide* resta peu définie. Le premier effort méthodologique dans ce sens est celui de KAHLBAUM. De cet auteur date l'essai de créer, en psychopathologie, de véritables entités nosographiques. L'intégration en un tel cadre des troubles observés était pour lui soumise à deux conditions nécessaires et fondamentales :

1° L'étude de l'évolution tout entière de l'aliéné.

2° Le tableau d'ensemble de la psychose par des observations cliniques dirigées dans toutes les directions possibles.

Ces idées eurent peu d'influence, nous fait remarquer JASPERS, jusqu'à KRÆPELIN.

Mais alors que KAHLBAUM s'était borné à individualiser l'hébétéphrénie et la catatonie, KRÆPELIN s'efforçait d'imposer des cadres à toute la pathologie mentale, de délimiter des entités et de fixer leurs rapports réciproques. Les variations que l'on observe au cours de ses différentes et nombreuses éditions n'ont pas d'autre fin que de préciser les résultats de cet effort et les affermir.

Il réalise cette idée « dans une psychiatrie spéciale et effective. Des maladies qui ont mêmes *causes*, même *forme psychologique fondamentale*, même *évolution*, même *fin* et même *anatomie pathologique*, c'est-à-dire qui concordent dans le tableau d'ensemble, forment des unités morbides réelles, naturelles » (JASPERS).

Ce résultat ne peut être obtenu que par une observation clinique complète. KRÆPELIN pensait que l'étude de *l'issue* des maladies surtout était féconde. Des maladies

toujours curables et des maladies incurables devaient différer dans leur essence. Pour lui, c'était dans la structure psychologique terminale qu'on devait rechercher la forme psychologique fondamentale de l'évolution tout entière, cette forme pouvant rarement être saisie au début des psychoses.

KRÆPELIN écrivit, dans la dernière édition de son traité : « Des formes de la folie qui sont l'expression de maladies définies, nous devons penser, non seulement qu'elles subiront une évolution générale et régulière, mais aussi qu'elles auront une fin précise. De toutes façons, leur forme finale sera influencée essentiellement par la résistance personnelle aussi bien que par le degré de cette maladie ; bien entendu, des facteurs occasionnels peuvent entrer en jeu. » Un peu plus loin, il juge nécessaire d'admettre que les traits cliniques auxquels aboutit l'évolution d'une maladie sont caractéristiques de cette maladie et que, « si les différentes formes de folie sont de différente nature et leurs manifestations cliniques différentes, les changements qui surviendront au cours de leur évolution ne seront pas non plus les mêmes ; aussi, doit-il être possible de tirer, des états terminaux, des conclusions sur l'état antérieur et de prévoir, dès le début, les possibilités d'évolution. »

C'est ainsi que furent établis les deux grands groupes de maladies comprenant toutes les psychoses qui ne peuvent s'expliquer comme conséquences de processus cérébraux saisissables : l'aliénation maniaco-dépressive où fusionnent la folie circulaire des Français et les troubles affectifs, et la démence précoce qui réunit, d'une part, la catatonie et l'hébéphrénie de KAHLBAUM, d'autre part, la folie proprement dite (VERRÜCKTHEIT). A côté de cela, on réserve toutes les autres anomalies peu graves sous le nom d' « *aliénation dégénérative* » (JASPERS).

Conséquences des travaux de Kræpelin.

Ce n'était pas un des moindres mérites de l'immense travail de KRÆPELIN que d'avoir considérablement réduit le nombre des discussions nosologiques en classant, dans

un vaste système, toutes les maladies mentales. La question qui fait l'objet de notre travail se trouve résumer la plupart des querelles antérieures et place le terrain du combat aux limites de deux fortes positions. Si l'opposition de leurs types extrêmes va jusqu'à ne leur laisser aucun caractère de ressemblance et reste chose admise, il est une foule d'états pathologiques dont l'intégration à l'un de ces types reste problématique. KRÆPELIN connut lui-même les difficultés que leur classement suscitait et, par ses propres statistique, constata dans le rapport numérique réciproque des cas appartenant à ces deux maladies, une variation beaucoup plus accentuée que ne pouvait l'être une simple modification annuelle de leurs proportions. Il apparaissait que l'un des cadres s'élargissait aux dépens de l'autre et que cet accroissement était régulièrement progressif pour ensuite devenir inverse. Il s'agissait pour lui d'erreurs de diagnostic dans les premières années que touchait la statistique, erreurs auxquelles l'expérience apportait la correction d'une plus grande précision et d'une certaine modification dans le type schématique conçu par le clinicien. En effet, l'évolution de certains cas avait surpris ce grand psychiatre, ne s'étant pas faite vers l'apparition progressive d'une démence ou, au contraire, vers le retour d'accès circulaires sans affaiblissement suivant qu'avait été posé le diagnostic de démence précoce ou de psychose maniaco-dépressive.

KRÆPELIN, dans un article sur le diagnostic et le pronostic de la démence précoce, cite le cas d'un jeune homme qui, en 1894, alors âgé de 24 ans, fut atteint pour la première fois de trouble mental, en l'occurrence d'un accès de mélancolie. Puis, après un intervalle, survint une période d'excitation ; en 1897, ce malade manifestait des idées dépressives avec auto-accusation. Il fut inscrit jusqu'alors comme circulaire. En 1898, on observait du mutisme avec stupeur, négativisme, écholalie, idées de persécution, imbecillité et insensibilité affective. Dès lors, le diagnostic de démence précoce fut certain.

Ces faits conduisirent KRÆPELIN à admettre la possibilité d'une évolution circulaire de la démence précoce

et à décrire, à côté de la catatonie de KAHLBAUM, dont l'évolution est cyclique, une variété proprement circulaire. Le début en est un état dépressif avec délire mélancolique et troubles sensoriels. Plus tard, surviennent des accès aigus marqués par de l'agitation parfois très violente de l'impulsivité, du maniérisme. Les accès apparaissent et disparaissent brusquement, leur fréquence est relative, leur durée variable de quelques jours à plusieurs mois ou années. Des rémissions peuvent s'observer avant la phase terminale de déchéance intellectuelle.

En 1903, CLAUS, dans son rapport sur la catatonie au Congrès de Bruxelles, écrit à propos des cas atypiques : « Il est d'observation courante que le pronostic diffère énormément suivant que la manie ou la mélancolie se présentent seules ou associées, et qu'il s'assombrit de plus en plus au fur et à mesure qu'une de ces formes morbide se complique de délire ou de démence. »

Il rattache l'impression que l'on a alors d'un pronostic assombri par une complication du fait que la manie et la mélancolie furent longtemps appelées des affections primaires et que le délire et la démence furent considérés comme des affections secondaires (VERRÜCKTHEIT : démence vésanique).

Au cours du même Congrès, dans la discussion du rapport, THOMSEN (de Bonn) insista sur les anomalies constatées souvent dans la folie maniaque dépressive.

Pendant toute cette période que nous pouvons, d'une manière schématique, qualifier de purement kräpelinienne, une opposition contre l'individualité de la maniaque dépressive prend naissance, celle d'URSTEIN (1909 et 1912). Ce psychiatre, donnant à la catatonie une extension considérable et une importance prévalente, arrive à la conviction que « la psychose circulaire, dans la forme qui la caractérise alors, ne représente rien d'unique et peut être une phase de développement de la catatonie ». Cette critique n'est d'ailleurs pas une négation absolue de l'entité maniaco-dépressive, mais invite à la révision des caractères cliniques de cette maladie et à en abstraire tout ce qui est catatonique. Sinon, dit-il, « quel

sens et quelle portée pratique présente alors l'établissement de ces deux groupes nosologiques hétérogènes ? » ; et il ajoute : « il arrivera à la folie maniaco-dépressive ce qui est arrivé à la paranoïa et à l'amentia. » Plus nous observons de malades circulaires, plus leur nombre doit baisser. De nos jours, les cas sont publiés trop tôt, et, quand un auteur a observé son malade pendant dix ans, il se croit autorisé à déduire des sentences absolues. Les renseignements que fournit la catamnèse elle-même ne portent que sur des temps relativement courts. Ceci nous fait comprendre que des indications et des chiffres, encore considérés comme certains et décisifs, soient en réalité insignifiants.

A beaucoup d'égards peut être très instructif le tableau présenté à la clinique de Munich. Avec une admission moyenne de 1.800 malades (dont 640 femmes), les différents groupes de maladies sont représentés de la manière suivante :

ANNÉES	MANIACO-DÉPRES.		DÉMENCE PRÉC.	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1905.....	7	13	18	23
1906.....	13	21	12	16
1907.....	15	31	9	10
1908.....	19	32	8	8
1909.....	17	31	7	6

« *L'accroissement de la folie maniaco-dépressive*, ainsi qu'il est dit dans le commentaire du tableau, vient surtout de la diminution de la démence précoce ; elle est la conséquence des recherches concernant la catamnèse ; celles-ci mirent en évidence la curabilité de nombreux cas auxquels on accordait autrefois un pronostic défavorable... Les chiffres ci-dessus démontrent combien les fondements de la psychiatrie clinique sont caducs. »

Il semble que l'étonnement provoqué à cette époque par les anomalies d'évolution de la démence précoce soit

dù, en grande partie, au fait qu'un nombre important de cas observés relevait de la catatonie (1), que nous savons n'être pas un état continu.

Ces cas atypiques furent, au début du siècle, publiés en grand nombre ; tels les exemples de catatonie périodique ou de manifestations catatoniques au cours de la folie maniaco-dépressive (2).

En effet, KRÆPELIN lui-même constate la difficulté du diagnostic. En France, où la classification de Kræpelin, grâce aux travaux de SÉRIEUX, de DENY, de Mlle PASCAL, trouva un terrain d'élection, de nombreuses publications exposèrent des cas qui paraissaient échapper à la rigueur des cadres nouveaux.

En 1909, à la Société de Psychiatrie de Paris, SÉGLAS et COLIN présentèrent une malade avec excitation maniaque et appréhension fugace, mais excellente, du monde extérieur et qui, de plus, se livrait à une agitation impulsive stéréotypée, catatonique. A ce propos, SÉGLAS releva les variations des statistiques de KRÆPELIN à Heidelberg et à Munich, la dernière faite par ZENDIG.

La discussion qui suivit mit l'accent sur la catatonie considérée, non comme un cadre clinique, mais comme un syndrome pouvant se rencontrer en différentes maladies mentales. Ce point de vue, sur lequel SÉGLAS et CHASLIN avaient déjà insisté, fut adopté plus récemment par KRÆPELIN.

Des observations publiées par BARBÉ et GUICHARD en 1911 et par BARBÉ en 1912 concernent des malades aussi difficiles à classer. Il convient de noter que ces malades ne semblaient pas avoir gardé, comme celle de SÉGLAS et COLIN, le contact avec l'ambiance. Le fait le plus frappant paraissait être l'évolution intermittente ou arrêtée, l'agitation avec parfois logorrhée et associations par assonances. Actuellement, l'absence de syntonie ferait considérer plusieurs de ces cas comme relevant de la schizophrénie.

(1) Pour CLAUS et WEYGANDT la différenciation, surtout bien étudiée par ce dernier auteur, entre la stupeur des états maniaco-dépressifs et celle que provoque un barrage, serait le seul problème de diagnostic entre les deux groupes d'affections.

(2) KRÆPELIN, ZENDIG, WILMANNS, 1907. et Mlle PASCAL, TRÉNEL, LEROY...

Vers la même époque, TRÉNEL, à propos de trois malades à type de démence précoce, hésitait à poser ce diagnostic, à cause de l'évolution par accès avec plus ou moins d'excitation ou de dépression.

DENY, discutant les conclusions de TRENEL au nom de l'orthodoxie kräpelinienne, n'accordait pas aux alternances d'excitation et de dépression une valeur diagnostique aussi grande qu'à l'analyse de l'état mental et du type clinique.

SÉGLAS et CHASLIN, SÉGLAS et LOGRE, TRUELLE et Mlle BOUDERLIQUE ont présenté plusieurs cas de cet ordre. Pour SÉGLAS, on observerait des formes intermédiaires entre les deux psychoses.

CAPGRAS et ABÉLY, dans une communication de 1922, eurent recours à l'expression de « *psychoses atypiques* ». Pour ces auteurs, l'écart du type tiendrait au terrain dégénératif, au déséquilibre psychique des malades. Or voit ici intervenir la notion d'une plasticité de la maladie par rapport à la personnalité du malade, notion déjà exprimée par MAGNAN et qui sera ultérieurement reprise jusqu'à attribuer à cette personnalité la plus grande part.

Plus récemment, une malade de LEROY et MONTASSUT présentait par périodes un tableau clinique de démence précoce avec des intervalles d'activité normale qui firent adopter, par ces auteurs et la plupart des personnes qui intervinrent dans la discussion, le diagnostic de psychose intermittente.

Dans l'ensemble de ces publications, nous relevons la fréquence des intermittences qui marquèrent l'évolution des états observés. Ces intermittences surtout firent hésiter les auteurs. Dans d'autres cas, à des états maniaques ou mélancoliques s'ajoutaient, plus ou moins nettement, des stéréotypies, des signes catatoniques. Formes intermédiaires, psychoses associées ou atypiques furent les noms proposés avec une valeur explicative. Comme on le voit, la nosographie kräpelinienne y fut toujours respectée, quoique parfois combattue. Rarement, y furent discutés les facteurs personnels que nous étudierons plus loin. Nous discuterons dans un autre chapitre, également,

la valeur des notions de psychoses associées ou combinées et l'existence de types intermédiaires entre les deux entités.

Nous ne pouvons, dans ce chapitre, passer en revue toutes les conséquences des travaux de KRÆPELIN, ni énumérer toutes les critiques qu'elles ont suscitées. Celles-ci constituent souvent un « temps » de l'élaboration d'autres théories et prennent place au milieu de considérations méthodologiques que nous étudierons dans les pages suivantes.

Mais il en est de générales qui nous paraissent constituer la meilleure conclusion à cette étude.

JASPERS, dans sa psychopathologie générale, expose plusieurs des objections susceptibles d'être faites aux méthodes kræpelinienes.

Il constate tout d'abord qu'elles n'ont permis de constituer aucune entité morbide réelle et qu'aucune maladie ne remplit les conditions requises.

En effet, lorsque sont connues l'étiologie et l'anatomie pathologique, il n'existe aucun tableau psychopathologique spécifique, ni caractéristique. Il en est ainsi de la Paralyse générale, dont l'individualisation étiologique et lésionnelle n'a fourni aucune acquisition à la psychopathologie. « Dans les processus cérébraux nettement définis, on observe tous les symptômes psychopathologiques possibles... Dans ces processus, les phénomènes psychiques présentent des caractères qui ne sont saisis que par la *statistique* (un symptôme est plus fréquent dans un processus que dans un autre), mais ces signes ne sont pas pathognomoniques. » La découverte de l'étiologie de la P.G. semblait constituer le premier élément de la construction d'entités morbides assimilables à celles de la pathologie interne, mais la clinique montre chaque jour le peu d'unité présentée par sa symptomatologie psychique, qui ne permet pas d'en faire une maladie mentale proprement dite (1).

(1) La découverte même de la Syphilis comme déterminante étiologique a fait réintégrer dans les cadres à peine fixés de la maladie bien des syndromes dont l'élimination avait été nécessaire à son élévation au rang d'entité morbide.

D'après JASPERS, l'histoire nous apprend que « les processus cérébraux saisis physiologiquement ont été découverts *uniquement* et exclusivement par l'examen physiologique, sans aucun travail psychopathologique préliminaire ».

D'autre part, « les groupes morbides de l'aliénation maniaque-dépressive et de la démence précoce sont tout à fait inconnus en ce qui concerne l'étiologie et l'anatomie pathologique. Leur définition se fait en accentuant soit leur *forme psychologique fondamentale*, soit leur *évolution* (guérison ou non). Lorsque, d'une part, on souligne l'importance du premier caractère (BLEULER), le groupe de la démence précoce prend une *extension considérable*. Cette extension est refusée et le groupe est beaucoup *plus restreint* lorsqu'on accentue l'évolution ; dans ce cas, on trouve des maladies *curables* — et par suite rangées hors de la démence précoce — avec des symptômes catatoniques, des événements schizophréniques. De cette manière, la frontière entre l'aliénation maniaque-dépressive et la démence précoce oscille depuis bien des années assez considérablement par une sorte de mouvement pendulaire sans qu'un progrès ait été fait dans leur *délimitation*. De plus, les deux groupes se sont si *largement étendus*, etc... » ; Jaspers *ibid...*),

JASPERS fait également remarquer la difficulté du diagnostic par « tableau d'ensemble », la rareté avec laquelle on trouve ainsi des types, la fréquence des cas de transition, de ceux dont la biographie entière ne résout pas la question du diagnostic.

« Une issue identique, note-t-il, n'est pas une preuve de maladie identique ». Et il conclut : « L'idée d'unité morbide ne peut être réalisée dans le cas particulier. Car la connaissance de la coïncidence régulière des mêmes causes et des mêmes phénomènes, d'une même issue et des mêmes constatations anatomiques, exige une connaissance parfaite de toutes les relations particulières, connaissance qui appartient à un avenir infiniment éloigné. L'idée d'unité morbide est en vérité une *idée* dans le sens que lui attribue KANT : C'est le concept d'une tâche dont le but est impossible à atteindre parce qu'il est situé à

l'infini ; mais elle est une *direction* de recherche féconde et elle constitue une *véritable table d'orientation* pour la recherche empirique détaillée ». Et, à ce propos, JASPERS s'élève contre l'opinion de HOCHÉ, qui considère la recherche guidée par l'idée de l'unité morbide comme la « poursuite d'un fantôme ».

Il montre, d'ailleurs, quels avantages présentent les synthèses de KRÆPELIN qui se distinguent essentiellement des groupes immenses qui les précédaient et qui, « à l'aide de l'observation du « tableau d'ensemble » et de l'évolution, alimentent, par leur dualité, leur effort de délimitation ». Si elles n'ont pas réussi à délimiter ces maladies, elles ont apporté d'autres « résultats *précieux* ». On a atteint (KRÆPELIN lui-même) un approfondissement appréciable de la connaissance de la *structure psychologique* des maladies affectives et des états morbides schizophréniques (la schizophrénie de BLEULER en est sortie). Par des études de *formes d'existences individuelles tout entières*, ses élèves ont pu mettre plus nettement en relief de *petits groupes typiques de psychoses* ».

RITTERSHAUS, ZIEHEN (1), HOCHÉ et d'autres auteurs ont également opposé leurs critiques à l'idée d'unités morbides. Ceci les conduisit à chercher ce que KRÆPELIN lui-même ne nia point et admit dans une de ses dernières éditions, ce qui rappelait l'idée pas encore oubliée de dégénérescence, ce que KRETSCHMER allait systématiser, faisant appel à l'hérédité, à la constitution, d'autres introduisant la notion de *réaction*, nous voulons parler du rôle pathogénétique des éléments constituant la *personnalité*.

Attribution avec Bleuler d'une plus grande valeur aux facteurs personnels.

Il nous faut, dès ce chapitre, mettre en évidence l'importance des travaux de BLEULER. En effet, si la conception de la Schizophrénie marque l'apparition d'une nouvelle tendance plus que les précédentes pathogénique,

(1) En insistant sur les influences réciproques qu'exercent entre eux les différents facteurs étiologiques.

elle n'en est pas moins issue des méthodes kræpelinien-
nes et, dans une large mesure, fidèle à celles-ci. Si elle
groupe un nombre étendu de formes, d'aspect clinique et
étiologique différent, toutes ces formes, disait BLEULER
à Genève en 1926, « constituent réellement une seule
entité aussi bien du point de vue *clinique, qu'hérédo-bio-
logique, étiologique et anatomique*. Qu'on veuille appeler
cette entité maladie ou non, ce n'est dès lors qu'une
question de goût ». Il oppose cette manière de voir aux
classifications des Français auxquelles il reproche de ne
différencier que des entités psychologiques. Au début du
même rapport nous lisons : « La schizophrénie est non
seulement une entité clinique, mais en même temps une
entité anatomo-pathologique » ; et, plus loin, « l'origine
organique de la schizophrénie se laisse démontrer aujour-
d'hui avec toute l'évidence voulue ». Si nous insistons
ici sur ces affirmations, c'est parce qu'elles constituent
les caractéristiques essentielles de la conception bleu-
lerienne par quoi celle-ci diffère de la Schizophrénie de
CLAUDE et présente avec l'ancienne démence précoce,
malgré une proportion différente des mêmes éléments,
une certaine identité de structure. En France, en effet,
on a souvent tendance à oublier la distinction de BLEU-
LER en symptômes primaires et secondaires et à repro-
cher à cet auteur et à ses élèves d'étendre aux plus orga-
niquement dementielles des formes de la démence pré-
coce, une psychogénèse qui ne s'applique qu'à une Schi-
zophrénie plus restreinte, celle de CLAUDE. Pour BLEULER,
un processus morbide organique provoque des troubles
primaires. Les autres en dépendent d'une manière secon-
daire. Bien entendu des éléments psychogènes entrent en
jeu, mais il s'agit d'une « *Psychogénie de la superstruc-
ture* ». Les symptômes secondaires *qui constituent
presque toute la symptomatologie* en dépendent et tra-
duisent les tendances affectives du sujet fixées sous
forme de complexes.

Mais après avoir constaté ce que la nouvelle entité a
de conforme aux méthodes kræpelinienues, voyons en
quoi elle diffère des unités créées par le psychiatre
d'Heidelberg.

BLEULER eut, semble-t-il, moins le souci de situer une maladie dans une classification comme celle de KRÆPELIN et de créer une entité proprement nosologique que d'étudier le mécanisme et la structure d'une affection dont on pourrait presque dire, tant il lui donne d'extension, qu'elle est la maladie mentale par excellence, celle qu'il nous est donné d'observer pendant toute la vie du malade, dont la lente et progressive évolution nous permet de suivre les effets graduels de la dislocation psychique et dont on arrive, à travers la grande variété de formes et d'évolution, à retrouver la structure essentielle. Ce sont considérations pathogéniques et, on le comprend sans peine, exhaustives. C'est pourquoi BLEULER s'est, plus que de classer, efforcé de définir la Schizophrénie en éliminant de ses cadres ce qui ne pouvait dépendre des mécanismes, par lui si bien mis en évidence, alors qu'à travers des symptômes inconstants, des formes variées, une évolution plus ou moins prononcée vers la démence et, à travers cette démence même, apparaissait la « marque schizophrénique ». C'est ainsi qu'il s'exprime au sujet des symptômes accessoires. La démence schizophrénique, elle aussi, a ses caractères particuliers : « En qualité, la démence sera toujours *spécifiquement schizophrénique*. » La connaissance de ces caractères particuliers permet de comprendre la possibilité de certaines variations : « En intensité, elle (la démence) variera depuis un affaiblissement intellectuel à peine perceptible jusqu'aux plus hauts degrés de stupidité. *La distinction entre formes démentielles et formes non démentielles vise uniquement une différence de degré et non de nature* »... Dans les cas légers, « la démence est peu marquée, ou même on préfère, dans ces cas, ne plus parler du tout de démence. Cependant, il ne s'agit là, répétons-le, que de différences de degré, les troubles étant, dans les deux cas, exactement de même nature ; seulement ils atteignent, dans l'un des deux cas, une intensité extrême et, en même temps, s'étendent à presque toutes les réactions du malade, tandis que, dans l'autre, ils sont moins intenses et moins fréquents et laissent de plus en plus place aux manifestations norma-

les. *Les matériaux de la pensée restent intacts aussi bien dans l'un des cas que dans l'autre.* » De la même façon s'éclaire le problème soulevé par les états d'allure schizophrénique n'aboutissant pas à la démence : « tout cas de schizophrénie, dit encore BLEULER, peut rester stationnaire à chaque moment de son évolution ou même rétrocéder en partie. » KRÆPELIN lui-même, dans sa 7^e édition, semble attacher moins d'importance que dans la 6^e au critère évolutif et admet que l'évolution démentielle n'est pas d'une fatalité rigoureuse. Il existe des cas qui se terminent par la guérison ou par des formes légères de démence. Ce n'est donc pas tant sur ce point que diffèrent les deux conceptions que sur celui des rapports qui unissent l'aspect clinique du début de la maladie et son évolution, sa terminaison. Alors que KRÆPELIN, dans le passage que nous avons cité, pense qu'une meilleure appréciation des symptômes pourrait éviter des erreurs de pronostic et que l'avenir est prévisible dans la forme et dans la marche de la maladie, BLEULER est d'une opinion plus réservée. A propos de formes paranoïdes à évolution lente qui gardent d'habitude jusqu'au bout leur caractère paranoïde, tandis que les formes catatoniques à début insidieux aboutissent toujours à des états de déchéance accusée et durable, il écrit « qu'il n'en reste pas moins vrai qu'en général la forme que l'affection prend au début ne laisse pas prévoir avec certitude les formes qu'elle pourra présenter au cours des phases successives de son évolution. La forme primitive peut faire place à toute autre forme terminale ». C'est alors qu'il souligne l'échec des tentatives faites pour séparer les formes paranoïdes de l'ensemble des schizophrénies.

Ces différences proviennent, assez logiquement, d'une certaine divergence dans la conception de l'entité morbide. Pour KRÆPELIN, les malades déments précoces sont essentiellement affaiblis, intellectuels et inaffectifs. Pour BLEULER, nous l'avons vu, les « matériaux de la pensée restent intacts », mais il s'agit d'une dislocation psychique qui est faite du trouble des associations et permet aux tendances affectives particulières de se manifester

sous la forme de symptômes secondaires qui font la presque totalité du tableau clinique et lui donnent, en rapport avec les complexes affectifs de chaque malade, l'aspect particulier, mais éminemment variable, qu'il revêt.

Le caractère schizophrénique des signes formant l'axe autour duquel se font les recherches de BLEULER lui ont permis de le préciser en constatant, dans la maladie qu'il décrit, l'absence de symptômes propres, caractéristiques de certaines affections. Ainsi, se trouve-t-elle délimitée. Cependant, « les seules exceptions sont la folie maniaque-dépressive et les névroses dont les symptômes se retrouvent chez les schizophrènes ; toutefois, ils sont accompagnés chez ceux-ci de signes caractéristiques de dissociation schizophrénique ».

De cette association, il distingue trois aspects :

1° Apparition d'accès maniaques dépressifs à teinte schizoïde par analogie à la présence de symptômes schizophréniques au cours des psychoses organiques sans qu'il y ait de processus schizophrénique.

2° Apparition d'une schizophrénie présentant quelques signes maniaques-dépressifs.

3° Coexistence simultanée des deux affections.

Pour BLEULER et pour JASPERS, en cas de processus, celui-ci doit être considéré comme responsable de tous les troubles.

Déjà, de la lecture de BLEULER, se dégage l'idée que, si une cause (processus) déterminée est à l'origine d'une affection mentale déterminée, les causes et mécanismes d'autres affections peuvent être, non pas tant autres que d'un autre ordre et, qu'en dehors du processus, des manifestations morbides peuvent apparaître, plus inhérentes à la personnalité même du sujet.

L'orientation des recherches de BLEULER est apparue remarquablement féconde et le demeure. Cependant, si elle nous permet d'entrevoir, à la lumière de la connaissance de certains mécanismes, le lien qui unit les anciennes entités à des états qui ne sont ni précoces, ni démentiels et se montre ainsi d'une réalité clinique incontestable.

ble, on conçoit qu'on lui ait fait l'objection d'une insuffisante concordance avec certains faits cliniques, ceux précisément qui correspondent en tous points aux descriptions de la démence précoce par MOREL et KAHLBAUM et KRÆPELIN. Ce fut, au Congrès de Genève, en 1926, l'objet d'un rapport qui suivit celui de BLEULER et fut présenté par CLAUDE. Ce dernier auteur reprochait à BLEULER de réunir dans un même groupe des états démentiels d'origine organique évidente et d'autres états dont la psychogénie serait prédominante. Cliniquement, s'ils sont unis par un défaut d'adaptation au réel, ces états sont distincts par de nombreux points : d'un côté, démence avec destruction de l'intelligence et de l'affectivité ; de l'autre, *dissociation*, perturbation de l'activité intellectuelle, mais non destruction, perturbation affective, discordance, mais non disparition complète. Dans le premier cas, l'affaiblissement est rapide, conséquence d'une maladie acquise et où les complexes affectifs n'ont point de rôle ; dans le second, la psychogénèse est favorisée cependant par un état de prédisposition, un état *constitutionnel schizoïde*. L'aggravation pourrait se faire et l'évolution aboutir à des états se rapprochant de la véritable démence précoce.

Si l'on s'en tenait à la première conception de BLEULER, avant le ralliement de cet auteur aux théories constitutionnalistes, on pourrait penser que la constitution jouerait, dans le concept de CLAUDE, le même rôle qu'un processus morbide dans ses manifestations les plus légères. Mais, pour CLAUDE, le passage à une constitution schizoïde, à une schizomanie ou à une schizophrénie pourrait se faire sous l'influence d'une cause externe : complexe affectif ou toxi-infection. C'est là une sorte de *réaction*, mais qui donne lieu à un trouble durable. Cette conception laisse une large part à la personnalité dans l'éclosion des troubles. Seuls, les schizoïdes réagissent de cette manière aux événements. On pourrait déjà trouver, dans le rapport de CLAUDE, la tendance à distinguer ce qui est une réaction psychique ayant une signification (refuge dans une rêverie autistique, compensation idéo-affective) de ce qui n'est qu'une libération d'activités

inférieures, suivant la formule jacksonienne (cas de la démence précoce, hétéphréno-catatonique) (1).

Cette tendance n'est pas explicite dans ce rapport, mais les travaux de CLAUDE et de ses élèves, en particulier BOREL, CÉNAC et ROBIN nous autorisent, dans une certaine mesure, à l'y considérer comme implicite. WESTPHAL, dans une thèse, faite dans le Service de clinique de Sainte-Anne sur les Schizoses, traite de la « réaction schizoïde ».

Malgré ce dualisme, qui satisfait davantage l'esprit pour expliquer les cas les plus nettement tranchés, CLAUDE ne se refuse pas « à admettre qu'il existe un grand nombre de faits intermédiaires et que la démence précoce et la Schizophrénie seront peut-être considérées comme les deux formes extrêmes d'une maladie, variable dans sa symptomatologie et son évolution, suivant certaines conditions d'hérédité, suivant surtout l'importance relative de l'élément organique ou de l'élément psychogène ».

CLAUDE, cependant, n'admet pas l'identité entre l'hétéphrénie ou démence précoce et le groupe des Schizoses.

Dans les termes de formes extrêmes d'une maladie, utilisés à propos de types morbides variables, suivant l'importance relative de l'élément psychogène ou de l'élément organique, on peut déjà prévoir une sorte de hiérarchie des troubles. Elle s'étendrait depuis ceux qui sont essentiellement psychogènes et dans la genèse desquels une perturbation organique, si elle se présente, n'intervient que pour déclencher la maladie et peut n'avoir qu'une action passagère, jusqu'à ceux dans lesquels une lésion organique, jouant un rôle prépondérant,

(1) « L'hétéphrénie délirante se caractérise ici, d'emblée, par le caractère naïf, absurde, incohérent du délire, l'incapacité pour le sujet de maintenir son attention, le décousu des propos, la fuite de la pensée. Les associations d'idées qui sont à peu près nulles dans la forme simple, sont pauvres dans ce cas, dirigées par association ou similitude de mots, mais sans lien avec le stock d'idées enfouies dans le subconscient, autant que les investigations peuvent permettre de s'en assurer... (Les) hallucinations ne sont pas en rapport avec la vie intérieure du sujet. Elles sont dépourvues de caractères personnels et constituent une sorte de parasitisme sensoriel. » CLAUDE : Rapport Démence précoce et Schizophrénie, Congrès de Genève-Lausanne, 1926.

altère profondément la personnalité jusqu'à la démence. Il est intéressant de rapprocher ces faits de ce qu'expriment les phénoménologistes en disant que, dans le premier cas, les états psychiques nous sont encore accessibles, compréhensibles, et que, dans le second, l'incompréhensibilité de l'état observé oblige de recourir à une cause extra-psychique, explicative. Les psychanalystes pourraient considérer, dans le premier cas, la régression comme moins marquée que dans le second où elle serait alors revenue à un stade très primitif d'auto-érotisme. Nous verrons si tous ces points de vue, par une certaine convergence, ne peuvent pas nous permettre de mieux identifier les états correspondant aux divers degrés de cette hiérarchie et de leur trouver une signification conforme à des principes généraux.

BLEULER, plus tard, se rallia plus ou moins aux doctrines constitutionnalistes de KRETSCHMER. L'originalité de sa méthode en fut un peu atténuée. Cependant, il faut reconnaître chez cet auteur un effort considérable et heureux pour mettre en évidence les différents éléments qui interviennent dans la genèse des psychoses et retrouver la part de chacun d'eux.

Dans les deux conceptions que représentent la Schizophrénie de BLEULER et les Schizoses de CLAUDE, les rôles de la personnalité et des facteurs exogènes sont mis en relief. Les travaux qui suivirent se sont efforcés de préciser les facteurs personnels. Nous verrons, dans le chapitre suivant, que l'idée de dégénérescence les soulignait et que MAGNAN insistait sur les formes que revêtaient, chez les dégénérés, les prédisposés, certaines psychopathies. Ces facteurs, momentanément éclipsés par le succès de la classification de KRÆPELIN, bien que cet auteur lui-même ne les niât point, comme nous le verrons, réapparaissaient. Mais on devait approfondir l'étude de leur part dans le tableau morbide en même temps qu'on approfondissait celle des processus morbides. C'était déjà admettre que des éléments multiples intervenaient pour cons-

tituer un état morbide, que celui-ci avait une certaine structure.

Avant d'étudier les tendances méthodologiques qui sont nées de ces conceptions et que les auteurs allemands ont systématisées, nous envisagerons les divers éléments que des études récentes de la personnalité morbide permettent de considérer comme facteurs morbides.

CHAPITRE II

LES FACTEURS PERSONNELS DANS L'ECLOSION DES PSYCHOSES MANIA- QUE-DEPRESSIVE ET SCHIZOPHRENI- QUES.

a) Généralités concernant les facteurs personnels.

Nous voyons, avec BLEULER, apparaître une tendance nette à faire plus grande la part de la personnalité dans la pathogénie des psychoses et à reconnaître que toute une partie du tableau clinique, sans contredit la plus manifeste, est faite de matériaux que lui fournit l'expérience ancienne du sujet. BLEULER, en effet, sous l'influence des idées freudiennes, attribue une large part à tout ce qui, lié aux tendances affectives du sujet, peut être modifié par son évolution et, plus tard seulement, s'intéresse davantage aux éléments de la personnalité qui sont préformés et hérités. Il adopte alors l'opinion de KRETSCHMER sur les tempéraments. Développement d'une personnalité subordonné au milieu, rôle de ce milieu et des expériences vitales que le sujet subit, et, d'autre part, personnalité en ce qu'elle possède en propre antérieurement à toute expérience sont les deux points de vue d'où l'on peut étudier le rôle de la personnalité dans l'éclosion des psychoses. BLEULER n'en méconnut aucun. KRETSCHMER fit, du second, l'étude la plus complète, en s'efforçant de déterminer les composantes de toutes sortes de la synthèse personnelle, par l'étude des tempéraments, mais il tint très nettement grand compte du développement historique. Le jeu de tous ces facteurs, au moyen du mécanisme qu'il décrit, aboutit à un système extrêmement complexe mais qui, pour l'essentiel de notre étude actuelle, ne nous inté-

resse que dans ses modalités les plus simples. En effet, KRETSCHMER écrit : « Les deux principaux groupes de psychoses constitutionnelles, endogènes, peuvent nous servir de guides à travers le domaine compliqué de la psychologie individuelle constitutionnelle. La folie maniaque-dépressive ou circulaire, nous offre la variété morbide du grand cadre psychologique normal formé par les tempéraments *cyclothymiques*, tandis que les psychoses schizophréniques, ou la démence précoce, représentent une variété caricaturale d'un autre grand cadre normal formé par les tempéraments *schizophréniques*. » Nous reviendrons sur les caractéristiques essentielles de ces tempéraments. Rappelons seulement qu'ils s'accompagnent de signes morphologiques particuliers.

Mais si KRETSCHMER attribue, à chacun de ces tempéraments, un mode propre de réaction, son rythme psychique, il ne méconnaît pas, nous le répétons, le rôle des expériences internes.

D'autres auteurs, en France surtout, n'ont étudié la personnalité que du second point de vue, celui de la constitution. C'est ce qui les conduisit à considérer comme innées non seulement certaines propriétés biopsychologiques élémentaires, d'ailleurs fort difficiles à déterminer et dont certaines sont héréditaires, mais des fonctions extrêmement complexes dont la genèse paraît, au contraire, bien intimement liée aux progrès de la personnalité (1). Nous verrons, en étudiant les différentes théories, à quelles outrances aboutit une telle conception.

Ce n'est que d'une manière un peu artificielle que nous pouvons opposer ainsi la tendance kræpelinienne à établir des unités morbides et celle qui recherche, dans les prédispositions individuelles, les causes déterminantes de ces psychoses. En effet, KRÆPELIN ne les nia point et emploie le terme de « résistance personnelle » et celui de « dégénératif », et écrit dans son manuel, nous dit MULLER, « que les causes de maladie se heurtent dans notre cerveau à des prédispositions préformées dont le jeu morbide indépendant trouve alors son expression

(1) Voir thèse de LACAN, p. 35.

dans les types cliniques... il admet que toutes les causes d'excitation possibles en s'attaquant au même point peuvent, sans doute, faire apparaître des symptômes pathologiques identiques, mais il continue à donner son approbation à l'idée d'unités morbides, car il affirme, en dépit de ce qui vient d'être dit, que le tableau clinique dans son ensemble, y compris le développement des progrès du mal et l'issue de la maladie, demeure spécifique ».

D'autre part, en France, à la même époque, la notion de dégénérescence était en grande faveur et nous y trouvons les éléments d'où dérivent les doctrines constitutionnalistes.

Constatant l'importance de l'hérédité qui, écrivent-ils, « rayonne sur toute la pathologie mentale », MAGNAN et LEGRAIN (1895) distinguent deux catégories d'affections mentales :

1° Aliénation survenant chez les héréditaires, c'est-à-dire chez les prédisposés.

2° Aliénations qui ne sont qu'un accident dans la vie d'un individu normal.

Les premières sont constitutionnelles, diathésiques ; MAGNAN reconnaît que les prédispositions peuvent être aussi acquises.

Ces prédispositions elles-mêmes peuvent être simples. Les prédisposés de ce groupe se font « remarquer par un caractère essentiel invariable, pathognomonique. Jusqu'au jour où ils versent dans la folie, les malades de ce groupe sont jugés *normaux* au point de vue cérébral ». Chez eux, la prédisposition n'a pas acquis le degré suffisant pour se traduire par des caractères spécifiques. Le cerveau est un lieu de moindre résistance, un terrain favorable. C'est sur ce terrain que se développent la manie et la mélancolie, le délire chronique à évolution systématique, les folies intermittentes.

A l'opposé, les dégénérés, ou prédisposés maximum, que leur prédisposition soit *héréditaire* ou *acquise*, présentent des anomalies siégeant, « soit dans la sphère des sentiments, soit dans la sphère de l'intelligence, soit dans la sphère des instincts et des penchants, soit dans toutes

à la fois. Ils ont acquis des stigmates qui les font reconnaître de suite et grouper à part. Bien plus, la tare dite dégénérative dont ils sont porteurs se traduit souvent par des anomalies physiques dont la signification se surajoute à celle des anomalies psychiques concomitantes ».

Nous allons maintenant étudier le développement qu'ont subi ces idées et passer en revue quelques-uns des travaux qui les suivirent, concernant l'hérédité et les constitutions morbides.

b) Hérédité et psychoses.

La fréquente coexistence dans une même famille de nombreux cas de psychopathie avait, depuis longtemps, fait attribuer à l'hérédité une grande importance avant qu'on eût essayé de formuler les lois selon lesquelles s'exerce son action, ni même, par des statistiques, recherché le rythme de ces coïncidences.

Pour MOREL, MAGNAN, LEGRAND DU SAULLE, l'hérédité dans certaines maladies mentales n'avait qu'un rôle étiologique partiel au milieu d'autres causes (alcoolisme, épilepsie). D'autres maladies mentales, la majorité, étaient purement héréditaires. Les différences entre l'aspect clinique de la maladie du générateur et celui qu'elle revêtait dans le descendant s'expliquaient par l'idée qu'étaient transmises des dispositions générales et non la forme définie des troubles. Il s'agissait d'une transmission « transformante » justifiant le polymorphisme observé. Il y avait, non seulement transmission, mais dégénérescence possible et finalement, extinction de la famille.

Cependant, certains auteurs pensaient que des maladies transmissibles pouvaient exclure, dans une même famille, d'autres maladies. SIOLI, cité par JASPERS, « trouve que les maladies affectives suivantes : manie, mélancolie et cyclothymie peuvent se remplacer l'une l'autre, mais qu'elles excluent la folie au sein de la même famille ». VORSTER établit que « dans la plupart des cas — il y a des exceptions — la D.P., qui correspond

à peu près à la folie, et les troubles maniaques-dépressifs ne sont jamais réunis dans une même famille ».

De nombreux travaux statistiques ont été faits, la plupart ayant en vue les deux groupes schizophrénique et maniaque-dépressif.

L'un des auteurs rapproche, en un tableau que voici, les résultats obtenus par chacun d'eux.

Les maladies des parents et celles des enfants sont :

AUTEURS	IDENTIQUES	Différentes	NOMBRE DES CAS
Damköhler.....	75 0/0	25 0/0	8
Vorster	65 0/0	35 0/0	23
Schuppius	47 0/0	53 0 0	17
Albrecht	44 0/0	56 0/0	16
Foerster	44 0/0	56 0/0	25
Krueger.....	27 0/0	73 0/0	22

Pour LUTHER, il y a transmission identique dans la moitié des cas, tout au plus. « Les parents atteints de dépression-manie ont environ la moitié de leurs enfants qui souffrent d'autres psychoses, et surtout de la schizophrénie. Des parents schizophréniques ont la plus grande partie de leurs enfants schizophréniques, mais il y en a aussi qui souffrent de dépression et de manie. Dans les trois-quarts des cas, frères et sœurs sont atteints des mêmes maladies. La dépression-manie et la schizophrénie se trouvent réunies dans la même famille plus souvent que l'une d'elles avec une autre psychose. »

KRUEGER, nous l'avons vu dans le tableau ci-dessus, trouve un excès de transmissions non identiques et conclut ainsi : « Il est de règle que les ascendants et les descendants souffrent de psychoses différentes ; les frères et les sœurs présentent des troubles identiques la plupart du temps, et les jumeaux toujours. »

D'après REISS, dans la transmission des caractères affectifs pathologiques, « ce ne sont pas seulement les dispositions générales qui sont transmises la plupart du

temps, mais aussi les formes spéciales de la maladie ». Cette loi est particulièrement nette pour la « *maussaderie* pathologique » et les troubles circulaires typiques.

A côté de la transmission identique, on observerait une transmission séparée assez proche des exemples mendéliens, sous forme d'une lignée gaie et d'une lignée dépressive.

DIEMA considère que « les maladies mentales peuvent se transmettre, mais elles ne le font pas toujours ; elles ne doivent pas le faire, car l'hérédité pathologique n'est pas une fatalité éternelle et inéluctable qui, lorsqu'elle a visité une famille une fois, exige ensuite périodiquement sa victime... Les choses peuvent revenir à l'état normal, et les nombres que j'ai réunis montrent que cela se produit effectivement dans une large mesure. ».

JASPERS s'étonne de cette dernière idée d'après laquelle un trouble pourrait, à la suite d'une première apparition, devenir héréditaire.

Les résultats de toutes ces recherches sont assez contradictoires et imprécis, mais il semble qu'on puisse en tirer un certain enseignement. C'est l'avis qu'en donne JASPERS et que nous ne saurions mieux faire que de répéter sans le partager entièrement. « Toutes ces théories n'ont amené la découverte d'aucune *unité* d'hérédité psychopathique, mais elles fournissent des arguments à l'hypothèse de leur existence et elles détruisent la théorie des dispositions générales. » La première proposition nous paraît plus vraie que la dernière et en contradiction avec celle-ci. Si, en effet, aucune *unité* d'hérédité n'est issue de ces travaux, il semble bien que la prédisposition ne puisse être que générale.

L'existence d'unités transmissibles pourrait rapprocher l'hérédité psychopathique des lois mendéliennes. C'est dans cet esprit que furent faites plusieurs statistiques et publications, surtout en Allemagne, où les plus importants travaux furent ceux de RÜDIN et d'HOFFMANN. En Suisse, BOVEN consacra sa thèse à ce sujet.

Les recherches de RÜDIN ont porté sur la famille de 721 schizophrènes. La maladie présente une transmission héréditaire, de type *recessif*. La proportion dans

laquelle est héritée cette affection étant de 4,48 0/0, chiffre très éloigné de celui de 25 0/0, chiffre de l'hérédité monohybride, cet auteur pense qu'il s'agit d'une hérédité *dihybride* (dont le chiffre théorique est de 6,25 0/0).

HOFFMANN, ayant étudié 51 cas répondant aux deux conditions suivantes, que le diagnostic soit indiscutable et que les familles n'aient pas d'enfants de moins de trente ans, donne les mêmes conclusions que RÜDIN : caractère recessif et forme dihybride.

Les recherches de la plupart des auteurs permettent de rejeter, pour la folie maniaque-dépressive, le caractère recessif de l'hérédité et de penser qu'il s'agirait d'une hérédité simple de caractère dominant.

BOVEN, dans sa thèse, concluait que l'hérédité de la folie maniaque-dépressive était *similaire, spécifique et continue*.

Depuis, dans un article publié en 1921, cet auteur insiste encore sur l'impossibilité d'appliquer les lois mendéliennes à l'hérédité psychopathique. Les investigations qui portent sur des familles de déments précoces et de maniaques-dépressifs le conduisent aux conclusions suivantes : « Il n'y a pas d'exclusivisme essentiel entre la schizophrénie et la folie maniaque-dépressive... Il existe une certaine homogénéité dans les psychoses des familles des malades atteints de folie M.D. On peut y parler en gros de similarité. La psychopathologie des familles de schizophrènes est plus hétéroclite.

En France, le nom de démence précoce fut, par MOREL, associé à celui de dégénérescence. Depuis, il s'est étendu essentiellement à des affections acquises et, pour CLAUDE, se sépare des maladies héréditaires. Qu'il y ait ou non prédisposition devient une question secondaire. Cependant de nombreux faits observés dans les familles des déments précoces montrent la fréquence de l'hérédité psychopathique.

Tout semble plaider en faveur du polymorphisme dans le cas de la démence précoce. En 1912, à la Société Clinique de Médecine Mentale, LEGRAIN présenta deux frères déments précoces dont la sœur, présentée par TRÉNEL, était atteinte de psychose intermittente. Les antécé-

dents héréditaires de ces malades étaient nombreux, mais d'une grande variété psychopathique. Le fait constituait, pour LEGRAIN, un fort argument en faveur de la dégénérescence et il insistait sur « l'extraordinaire variété des troubles psychopathiques rencontrés dans la famille qui est, on peut le dire, un vrai musée psychiatrique. Non seulement nos malades ont parfois par eux-mêmes justifié les diagnostics objectifs les plus différents aux différentes époques de leur vie, y compris celui de *démence précoce*, mais la famille, dans son ensemble, a fourni les tableaux cliniques justificatifs des étiquettes les plus dissemblables : états névrosiques, hystérie, épilepsie, états maniaques et dépressifs, intermittences, double forme, délires, hallucinations, délires systématisés, confusion mentale, états paranoïdes, manie chronique, etc., etc... ».

La thèse de TRILLOT, en 1932, insiste sur l'hérédité similaire dans la maniaque-dépressive alors que l'hérédité cyclothymique peut s'observer dans la *démence précoce*.

Une communication très intéressante de TINEL, en 1934, contient les généalogies de trois familles dans lesquelles l'hérédité cyclothymique aboutit à des cas similaires et à la *démence précoce*. Ces « coïncidences familiales de *démence précoce* et de *psychose périodique* » doivent, écrit TINEL, « poser le problème de la communauté d'origine de ces deux affections », hypothèse que nous envisageons plus loin.

Une généalogie analogue, que nous pensons voir prochainement publiée par ces auteurs, nous a été communiquée par J. PICARD et H. EY. Il s'agit d'une famille dont cinq générations ont eu des membres internés à l'asile de Bonneval et dont trois générations y ont encore des représentants. Plusieurs membres de cette famille furent atteints d'états divers parmi lesquels des cas de *psychose intermittente* de type maniaque sont relevés. Le représentant de la plus jeune génération est dans un état de *démence hébéphrénocatatonique* avancée.

Dans l'ensemble, il résulte de tous ces travaux que les recherches sur l'hérédité des psychopathies ne permet-

tent pas de constater qu'elle soit, dans ce domaine, conforme aux lois biologiques de l'hérédité.

Si la psychose maniaque-dépressive paraît bien se conformer, dans les cas où on la trouve, à une hérédité de type similaire, la généalogie de la démence précoce semble extrêmement polymorphe. De plus, la démence précoce, dans plusieurs généalogies, paraît être le cas le plus récent et en même temps le plus grave des états pathologiques observés dans une même famille.

Ces faits seraient en faveur de la théorie de la dégénérescence. A un moindre degré, la simple constatation des coïncidences familiales de maladies différentes dans la même famille pose la question d'une communauté d'origine, ce qui expliquerait l'existence de cas intermédiaires. Il ne s'agirait que de processus plus ou moins prononcés, de fragilité plus ou moins grande.

La tendance à vouloir fixer, par des lois d'hérédité, les caractères spécifiques mêmes de certaines maladies mentales allait à l'encontre de l'idée de dégénérescence, c'est-à-dire d'hérédité de caractères généraux.

Mais, si la maladie était héritée avec ses caractères spécifiques, que se passerait-il chez le sujet si menacé avant qu'elle n'éclatât ? On supposa que ces caractères spécifiques se trouvaient déjà chez lui plus ou moins latents ou manifestes et constituaient les traits de son caractère. Une caractérologie fondée sur l'hérédité voulut ainsi préciser ces traits.

Eu égard à la complexité des éléments qui composent un état morbide et à leur multiplicité, on imagina que certains éléments seulement étaient hérités, qui jouaient un rôle décisif dans l'apparition de la psychose sans la constituer tout entière. Ces éléments devaient se retrouver dans le caractère et peut-être obéiraient-ils aux lois mendéliennes qu'on eût désiré voir régir l'hérédité psychopathique.

c) **Hérédité et prédispositions caractérologiques.**

Les nombreux travaux concernant l'hérédité similaire dans les maladies mentales ont donné des résultats auxquels il est bien difficile d'accorder la valeur de lois.

Sur la fréquence de la psychopathie dans la famille des aliénés, s'il est impossible de fixer des lois, la statistique nous donne des chiffres qui nous la montrent de beaucoup supérieure à ce qu'elle est chez les normaux. La constatation d'un grand nombre d'anomalies de caractères dans ces familles (1) conduisit à penser qu'il s'agissait d'une hérédité de prédispositions, celles-ci se manifestant sous formes de caractères, l'éclosion de la psychose ne se faisant que d'une manière fortuite, occasionnelle et rigoureusement dans le cadre des prédispositions.

Aussi, les recherches plus récentes concernant l'hérédité ont-elles porté généralement sur les caractères plus que sur les psychopathies.

La fréquence des anomalies de caractère dans les familles des Schizophrènes avait été signalée par BERZE en 1910 et KRAEPELIN lui-même qui considérait ces manifestations comme des atteintes légères de démence précoce. Pour BERZE, le caractère transmis (génotypique) ne se manifeste que sous un aspect différent (phénotypique), et c'est ce dernier qui constitue la démence précoce. Il considère que ce passage de génotype en phénotype se fait par un mécanisme que nous ignorons. Le rapport qui, d'après la plupart des auteurs, et surtout KRETSCHMER, relie le caractère schizoïde à la Schizophrénie lui paraît douteux.

HOFFMANN considère la schizoïdie comme une forme atténuée congénitale et non évolutive de la Schizophrénie et applique à la transmission de ces caractères les théories mendéliennes. Les facteurs héréditaires homogènes seraient susceptibles de s'ajouter les uns aux autres et l'intensité de l'atteinte dépendrait de leur plus ou moins grand nombre. Ceci paraît en contradiction avec les faits qu'il signale lui-même : un schizoïde peut être issu de deux parents sains, un schizophrène du croisement d'un générateur sain et d'un dément précoce.

Il cherche la solution de ces difficultés en faisant

(1) Signalées par KRAEPELIN dans son manuel, en ce qui concerne la D.P., mais considérées par lui comme une attaque légère ou précoce de cette maladie.

intervenir un jeu de facteurs génotypiques, inhibiteurs et déclanchants (de type homo et hétérozygote). Ainsi, chacun présente une disposition à la démence précoce, mais elle se manifeste seulement lorsqu'intervient un facteur génotypique déclanchant qu'un facteur inhibiteur ne vient pas neutraliser. L'intensité, la précocité des formes observées, depuis la simple anomalie de caractère jusqu'aux formes graves, s'expliqueraient par un potentiel plus ou moins élevé des facteurs génotypiques.

BERINGER, dans le traité de BUMKE, d'après les travaux de RÜDIN, résume, en une série de formules, les combinaisons possibles de ces deux différents facteurs, inhibiteur et déclanchant, avec le facteur prédisposition.

KAHN soutient l'idée que, pratiquement, les dispositions à la Schizoidie et à la Schizophrénie sont choses différentes.

A son avis, les variations qu'on observe en clinique seraient, dans le cas où l'on admet un facteur génotype identique, dues au fait que le phénotype n'en serait pas une conséquence immédiate et qu'il subirait l'adjonction de facteurs génotypiques différents chez différents sujets. La psychose schizophrénique s'hériterait selon le mode récessif et la psychopathie schizoïde avec un caractère dominant.

Les mêmes auteurs et d'autres ont fait des recherches analogues sur l'hérédité des prédispositions à la folie maniaque-dépressive.

HOFFMANN considère que les dispositions résultant de la transmission de divers facteurs agissent dans le même sens et s'ajoutent (homométrie de PLATE). Les facteurs inhibants joueraient également un rôle.

Les mendéliens admettent une hérédité à caractère dominant. Pour LENZ, le facteur génétique serait mêlé à celui du sexe. Pour HOFFMANN, il s'agit d'une homométrie. WIMMER considère que les caractères en sont mal définis. RÜDIN, après s'être rallié à l'hypothèse de WEINBERG, d'après laquelle l'hérédité circulaire serait une trimétrie avec un facteur dominant et deux récessifs, admet l'influence d'une composante exogène.

BOVEN, dans l'article que nous avons déjà signalé,

donne les résultats de ses travaux sur la recherche des caractères anormaux dans les familles des aliénés.

Il a trouvé, dans les familles de déments précoces, une proportion de 50 0/0 de caractères anormaux chez les oncles, tantes, pères, mères, et de 47 0/0 chez les frères et sœurs des malades.

Dans les familles de maniaques-dépressifs, la proportion est de 33 0/0 chez les oncles, tantes, pères et mères, et de 41 0/0 chez les frères et sœurs.

Les caractères anormaux sont donc plus fréquents dans l'ambiance familiale de la démence précoce.

BOVEN s'efforce de synthétiser les *traits* principaux de ces caractères anormaux et il arrive à en constituer trois groupes principaux : 1° les sombres, tristes ; 2° les doux, serviables, tendres ; 3° les durs, secs, égoïstes.

Pour cet auteur, « l'ambiance de la F.M.D. paraît différer de l'ambiance de la D.P. par :

- a) le taux plus élevé des traits sombre, triste, etc.
- b) — — — — — doux, serviable, tendre.
- c) — moins — — — — — dur, sec, égoïste.

D'une manière plus synthétique, les caractères tristes, moroses, sombres, etc., sont beaucoup plus nombreux dans l'ambiance de la F.M.D. que dans l'entourage des D.P... En revanche, les caractères insociables, soit méchants, hargneux, querelleurs, durs, raides, jaloux, vaniteux, l'emportent de beaucoup en nombre dans les familles schizophrènes » (1).

Il conclut « que la D.P. se développe lentement, selon toute vraisemblance, au cours de deux ou même trois générations. Elle franchit une étape sous l'aspect d'un caractère anormal et ne revêt sa livrée d'adulte qu'après la fusion de deux anomalies semblables et convergentes ».

Dans la F.M.D., les tares sont moins souvent bilaté-

(1) BOVEN estime que ces recherches ont une utilité pratique préventive et que la connaissance du « psychoplasme familial », c'est-à-dire l'ensemble des qualités, des défauts, des tares que l'examen d'une famille, après enquête, isole et met au jour, permettra d'éviter les unions d'où naîtraient de futurs psychopathes et aliénés.

rales. Mais BOVEN insiste surtout sur le désaccord entre ses résultats et ceux de nombreux auteurs d'une part et, d'autre part, les lois de Mendel dont il considère actuellement l'application impossible en ce domaine.

Cependant, LUXENBURGER, dans une étude récente sur l'hérédité cyclothymique chez des jumeaux (1933), a recours aux méthodes mendeliennes. Il conclut que les psychoses maniaques-dépressives ne sont pas l'exagération des manifestations psychopathiques, mais que celles-ci sont biologiquement différentes et qu'elles ont une structure génotypique spéciale de type probablement *polyméro-homo-zygote*.

Volontairement, nous omettons nombre de travaux sur ce sujet, dont l'énumération augmenterait seulement l'imprécision des résultats d'ensemble. Elle se dégage déjà assez nettement de ceux que nous venons de passer en revue.

La fréquence des tares psychopathiques dans les familles des aliénés est un fait d'observation courante en pratique psychiatrique. Dans quelle mesure intervient l'hérédité, quelle est sa part dans l'explosion de la psychose ? Ce sont questions actuellement encore difficiles à résoudre.

SCHOLOMOVITSCH, cité par BOVEN, remarque qu'il n'y a pas de différences essentielles entre les conditions héréditaires des aliénés et des gens normaux ; il en conclut que l'hérédité n'est pas le facteur le plus important des psychoses.

D'ailleurs, la plupart des auteurs que nous avons cités reconnaissent la nécessité d'un facteur exogène.

Nous verrons que des recherches ont été faites pour mettre en évidence le rapport de ces différents facteurs entre eux et la part qui revient aux prédispositions et au milieu.

Il est intéressant, pour conclure, de citer l'opinion que BLEULER exprimait en 1917, à l'occasion des travaux de RÜDIN.

« Toute recherche héréditaire dans la Schizophrénie repose sur une base incertaine : Qu'est-ce qui est hérité ? Est-ce que les formes cliniques extérieures correspon-

dent à la maladie en tant qu'anomalie transmissible par l'hérédité ? Dans ce qui est hérité, s'agit-il de quelque chose qu'on peut encore appeler démence précoce ? Ces questions n'ont même pas été abordées jusqu'à présent ; bien moins, ont-elles pu être résolues. Personne ne conteste que, parmi les conditions du développement de la maladie et, *bien que cela ne soit pas du tout prouvé avec toute la certitude voulue*, la prédisposition héréditaire semble jouer un rôle important. Quant à la maladie elle-même, nous n'en apercevons aucune trace à la naissance, ni même, bien souvent, pendant les premières années de l'existence. S'agit-il là d'une disposition qui n'aboutit à un état pathologique déterminé qu'à un certain âge, comme c'est le cas pour l'obésité ou l'artériosclérose, ou bien encore pour la pigmentation foncée des cheveux et des yeux qui, généralement, s'accentue pendant l'enfance ? Ou bien la maladie ne se développe-t-elle que par l'action de certains facteurs pathogènes ou la disposition préexistante ? La maladie n'est-elle finalement qu'une réaction du psychisme anormalement disposé à des facteurs pathogènes divers ? Quelles sont les anomalies de la disposition psychique naturelle qui aboutissent à cette espèce de réaction ? »

Plus tard, BLEULER s'est rapproché des conceptions caractérologiques, mais, davantage, dans les rapports que les prédispositions affectent avec les psychoses que dans leurs condition héréditaires.

Ces anomalies de caractère systématisées deviennent des constitutions qui, en s'amplifiant pour des raisons quelconques, aboutissent à des psychoses correspondantes.

d) **Constitution.**

Le terrain sur lequel apparaissent les psychoses, de celui de dégénérescence, devint celui des constitutions. Les critiques faites à MAGNAN lui reprochaient une foule de formes morbides, disparates « qu'on ne se donne plus la peine de classer » (1). On estimait que ce cadre ne pouvait servir de base à la nosographie.

(1) SÉGLAS, 1895, cité par CHARPENTIER.

« En 1903, nous dit René CHARPENTIER, sous le titre général de psychoses constitutionnelles, ARNAUD, dans le *Traité de pathologie mentale*, publié sous la direction de Gilbert BALLEZ, décrit à la fois, non seulement les délires systématisés, les psychoses périodiques et les démences vésaniques, mais les états morbides continus du caractère, les états morbides intermittents ou transitoires de l'émotivité, de la volonté, de l'intelligence. »

En 1909, DUPRÉ concluait qu'il existait nettement une constitution psychopathique émotive, d'origine hérédémotive.

Nous ne résumerons pas ici l'histoire de la doctrine des constitutions. Systématisée en France par DUPRÉ, qui en fit la base de la nosologie psychiatrique, elle fut reprise par DELMAS et fit l'objet d'un rapport au Congrès de Limoges en 1932. La conception de DELMAS pousse à l'extrême celle de DUPRÉ et ajoute, à celle d'hérédité, la notion d'innéité. Rappelons sa définition : « Sous le nom de constitution psychopathique, on entend l'existence d'un groupe défini de tendances psychiques faisant partie de la personnalité *innée* du sujet, se manifestant de la façon la plus précoce et dès les premiers linéaments de la vie, se continuant tout au long de l'existence, s'extériorisant par des réactions légères ou marquées, affectant, par rapport aux autres groupes de tendances, toutes les formes et toutes les combinaisons réciproques. D'une durée indéfinie, à la manière d'infirmités, plutôt que de maladies vraies, les constitutions sont susceptibles d'aboutir à l'éclosion de psychoses cycliques, rémittentes ou, au contraire, progressives ; elles correspondent à des modalités de déséquilibre qui, chez un même sujet, peuvent se rencontrer uniques ou multiples, isolées ou associées ; elles représentent, dans une personnalité anormale, la partie morbide, dont la proportion varie suivant le degré et le nombre des constitutions en jeu. »

Pour cet auteur, les constitutions correspondent à l'épanouissement de tendances innées. Son hypothèse concernant la genèse de la personnalité lui interdit de trouver plus de cinq constitutions. Tout ce qui ne correspond pas à l'une de ces cinq constitutions — et les types

purs sont exceptionnels — est fait d'une association. Après avoir, à partir des propriétés biologiques fondamentales, trouvé un certain nombre de dispositions assez arbitrairement abstraites de l'ensemble du psychisme et d'où dérivent les constitutions, ils sont obligés d'imaginer des combinaisons de proportions variées de ces éléments pour éviter de créer seulement des entités artificielles.

Ils rejettent la constitution schizoïde, si importante pour KRETSCHMER, admise aussi par CLAUDE, qui en fait le point de départ des Schizoses, et formée par MINKOWSKI « du même trouble essentiel que la Schizophrénie, la perte de contact vital avec la réalité ».

Cette doctrine fut vivement et rigoureusement critiquée du point de vue méthodologique au Congrès de Limoges par Henri Ey qui lui reprocha :

1° D'être établie sur des critères avant tout théoriques, sur une hypothèse génétique de la personnalité.

2° D'impliquer une explication « scholastique » par les propriétés essentielles et incontrôlables ;

3° De postuler la fatalité et de s'interdire ainsi toute théorie biologique de la personnalité, les principes dégagés comme étant à la racine de ces constitutions échappant — « seuls de tous les phénomènes dont la science s'occupe » — « à toute action de milieu ».

Pour MINKOWSKI, la constitution est l'ensemble des dispositions héritées.

Qu'il s'agisse d'innéité ou d'hérédité, la personnalité est, dans ces théories, considérée comme issue entièrement de tendances endogènes élémentaires qui s'épanouissent plus ou moins (1). Dans les variations auxquelles sont soumises, du fait de la complexité généalogique, les proportions de leurs alliages, réside son individualité. L'action du milieu étant, par ces auteurs, refusée ou réduite à celle d'événements qui ne peuvent être autre chose que provocateurs de simples réactions prédéterminées, il leur faut considérer comme innés ou

(1) « Qu'est-ce qu'une tendance ?... L'insuffisance de cette conception classique que j'ai dénommée le « fonctionnisme », HESNARD, Congrès de Limoges, 1932, discussion du rapport.

hérités des caractères psychiques très complexes, très élaborés. Or, le psychisme est bien ce qui paraît le plus susceptible, dans la personne humaine, de se développer ou de varier sous l'influence du milieu.

Plus complexe et tenant compte davantage de ces conditions de milieu est la conception de la personnalité selon KRETSCHMER. Pour cet auteur, les prédispositions, d'ailleurs conçues sous l'angle d'une fixité beaucoup moindre, ne sont pas des entités aussi élaborées. Ces caractères élémentaires seraient liés essentiellement à leurs conditions organiques que la morphologie permettrait aussi de constater. Beaucoup d'autres facteurs externes interviendraient pour constituer la personnalité.

Ces caractères élémentaires se réduiraient à « l'ensemble de qualités affectives caractérisant une individualité et cela, aussi bien en ce qui concerne la manière dont elle subit les affections que celle dont elle y réagit ». Telle est la définition que KRETSCHMER donne du tempérament. « La manière d'être affectée présente deux grandes subdivisions dont chaque terme est indépendant de l'autre : d'abord, l'échelle *psychosthésique* comprise entre les deux pôles « sensible et obtus », et l'échelle *diathésique* comprise entre les pôles « gai et triste ».

« Le mode de réaction aux affections constitue, dans le tempérament, son *rythme psychique*. »

Le tempérament est, pour KRETSCHMER, la notion ainsi définie, mais où interviennent des facteurs nerveux et humoraux à la faveur desquels s'établit un rapport entre ce tempérament et la structure du corps. Cette corrélation se fait par la voie endocrine et humorale.

Les différentes proportions de ces dispositions donnent un certain nombre de tempéraments.

Au tempérament, s'ajoutent les dispositions instinctives primordiales. Ce sont les deux bases constitutionnelles du *caractère*, « les matériaux les plus importants, écrit KRETSCHMER, mais non les seuls, qui servent à l'édification du caractère » et il insiste, après avoir cité les influences extérieures traumatisantes et toxiques, sur les facteurs psychiques extérieurs issus du milieu et sur les expériences internes.

Ici, les dons innés ont un rôle plus réduit. Si déjà la notion de tempérament est un ensemble complexe et d'un grand polymorphisme, grâce à certaines variations possibles des éléments qui le constituent, le caractère est encore plus complexe et soumis à l'influence extérieure. Les réactions de la personnalité qui le traduisent, bien qu'elles soient conditionnées dans leur forme par les dispositions, ne se produisent qu'en présence de certains événements occasionnels. Ceux-ci, à leur tour et suivant la charge affective qu'ils comportent, les complexes qu'ils réveillent, influencent la réaction.

KRETSCHMER décrit les deux principaux groupes de tempéraments cyclothymique et schizothymique avec leurs subdivisions, leurs correspondances morphologiques. Sont aussi décrits les types d'individualités auxquels ils donnent lieu. La communicabilité, la sociabilité, le réalisme des cyclothymiques extravertis (suivant l'expression de JUNG) s'opposent à la tendance à « l'autisme » des schizothymiques.

Les traits de caractère particuliers à chacun d'eux sont formés des combinaisons et des réactions réciproques de ces particularités constitutionnelles entre elles et de celles qu'elles affectent dans les proportions psychesthésique et diathésique, les expériences internes, etc...

Mais il arrive ainsi que, dans certains cas et dans des circonstances analogues, des réactions presque identiques puissent survenir chez des individus appartenant chacun à l'un des deux grands groupes opposés et que, chez deux individus de même groupe, des réactions très différentes puissent s'observer. C'est ainsi que, « dans la structure de la personnalité fortement *sthénique*, on trouve les mélanges les plus variés d'éléments appartenant aux tempéraments cyclothymo-hypomaniaques et schizothymo-fanatiques », que les sensitifs asthéniques « se rattachent, d'une part, aux schizoïdes finement hyperesthésiques et, d'autre part, aux dépressifs cyclothymiques. »

Cette possibilité, à la faveur d'un jugement superficiel, contiendrait une contradiction, mais elle a cependant un grand intérêt qui est de considérer la signification d'un

état psychopathique comme relative aux circonstances dans lesquelles on la voit se produire. Ces circonstances sont de deux ordres : internes, elles dépendent de la personnalité en jeu, c'est-à-dire d'éléments multiples ; externes, elles dépendent des événements extérieurs. On ne peut donc comprendre un état psychopathique que de ce double point de vue génétique. Cette « compréhension génétique » est un des plus importants principes de la méthodologie de JASPERS sur laquelle nous reviendrons. Les manifestations pathologiques ou non auxquelles donne lieu la coïncidence entre les caractères et les événements appartiennent à ce que KRETSCHMER désigne sous le nom de *réactions de la personnalité*. Un des meilleurs exemples de ces mécanismes réactionnels est fourni par KRETSCHMER dans son étude sur le délire de relation des sensitifs (*Die Sensitive Beziehungswahn*) (1).

Mais cette conception si intéressante ne s'applique pas aux psychoses maniaque-dépressive et schizophrénique, qui sont considérées par cet auteur comme endogènes et non plus comme des états réactionnels. Elles constituent les variétés morbides des deux groupes de tempéraments. La folie circulaire est celle des *cyclothymiques* et « les psychoses schizophréniques ou la démence précoce représentent une variété caricaturale d'un autre cadre normal formé par les tempéraments *schizothymiques* ». A la limite des états de santé et de maladie sont les états cycloïdes et schizoïdes.

KRETSCHMER et ses élèves ont tendance à considérer qu'indépendamment des psychoses, mais pouvant présenter de nombreuses analogies avec elles, on observerait chez les schizoïdes des réactions revêtant le type schizophrénique. Elles seraient dues à une « *Erlebnis* » sévère, mais se différencieraient de la Schizophrénie processuelle par le fait de leur psychogénèse et de leur guérison par psychothérapie.

Le terme de « *réaction* » est déjà plusieurs fois cité par nous. Il a surtout une grande vogue dans la psychopathologie allemande.

(1) KRETSCHMER : *Die Sensitive Beziehungswahn*, Berlin, Springer. Une analyse détaillée de cet ouvrage et la traduction de nombreux passages se trouvent dans la thèse de LACAN.

Avant de considérer la signification que lui accordent les divers auteurs et de discuter sa valeur méthodologique, il nous reste encore à envisager, dans le cadre des constitutions, les faits touchant la physiognomonie sur lesquels KRETSCHMER et d'autres auteurs ont particulièrement insisté et qui seraient corrélatifs des tempéraments.

e) **Physiognomonie.**

Nous ne décrivons pas ici les principaux types morphologiques de KRETSCHMER, ni leurs correspondances caractérologiques. Rappelons seulement que les types purs sont rares et que la plupart des individus sont faits d'associations de ces types différents. Les travaux statistiques qui ont été faits pour vérifier l'application à la clinique de ce système ne semblent pas justifier cette manière de voir à laquelle on constate chaque jour de nombreuses exceptions.

Nous n'avons fait aucune investigation statistique personnelle pour les raisons méthodologiques qui suivent (1) :

1° L'insuffisance des critères servant à établir les types morphologiques. En effet ce ne sont pas, selon KRETSCHMER, « des types idéaux, mais des types empiriques, déterminés par des valeurs moyennes ». Pour établir sa moyenne, écrit JASPERS, « il a pris des cas dans lesquels un grand nombre de ressemblances morphologiques se laissent reconnaître auprès d'un grand nombre d'individus. Il a donc supposé l'existence intuitive du type. Il avoue cela lui-même, en disant que sa description des types est orientée, non pas selon les cas fréquents et moyens, mais selon les « beaux cas ». KRETSCHMER prétend rechercher la coexistence, et la fréquence avec laquelle elle se présente, entre certains types de formes organiques et de types psychiques, corrélation d'ailleurs difficile à établir, à cause de la rareté des types purs et de la subjectivité qui préside à leur choix.

(1) Voir les travaux de Mlle PASCAL et VIÉ.

JASPERS oppose à cette méthode celle de l'intuition des ensembles, qui ne peut être réduite à des mesures toujours grossières par rapport aux ensembles extrêmement différenciés que constituent les caractères et il démontre que KRETSCHMER prétendant se conformer à la première méthode ne fait, en réalité, qu'adopter la seconde.

2° Les types purs sont rares et il est impossible de connaître les proportions du mélange, ce qui retire toute valeur de critère décisif au type observé dans le diagnostic entre deux états psychiques. Si l'on suppose le tableau clinique difficile à intégrer dans un des groupes connus, il doit en être de même et dans les mêmes proportions du rattachement de la morphologie du sujet à un type connu.

3° Si fréquentes que soient les coïncidences entre des types morphologiques et des états psychiques, il n'existe entre ces deux choses aucun lien de compréhension, ni de causalité.

Ces raisons ne nous permettent pas de considérer la physiognomonie comme ayant un rôle plus grand que celui de fait accessoire ou concomitant. L'intuition d'une coexistence de faits morphopsychologiques vient se joindre à l'ensemble des constatations biologiques et psychologiques, sans qu'elle ait sur elles la moindre priorité. Elle ne serait, en tout cas, liée qu'à une partie des éléments qui entrent en jeu pour constituer un état psychique. Enfin, dans le cas d'un processus morbide organique, si elle peut indiquer une prédisposition à ce processus, elle n'en suppose pas fatalement l'apparition, mais ce processus est lui-même capable de modifier, dans une certaine mesure, le type morphologique.

Considérations générales sur les données de l'hérédité et des constitutions.

Nous pouvons résumer assez brièvement les résultats des différents travaux sur l'hérédité malgré leur nombre et leur importance, en disant qu'ils sont très contradictoires.

L'hérédité des psychoses existe certainement ; la clinique quotidienne nous en montre de nombreux exemples. Mais on n'est pas encore parvenu à codifier les lois qui la régissent, ni à la soumettre aux lois de l'hérédité mendélienne.

La systématisation des caractères hérités et innés a été proposée sous forme de constitutions psychopathiques. On hériterait de prédispositions et peut-être celles-ci se soumettraient-elles davantage aux lois biologiques de l'hérédité. Le malheur est qu'on ne puisse que difficilement identifier les caractères hérités qu'il faut réduire à leurs éléments premiers, séparés de tout ce qui a pu être acquis.

La doctrine des Constitutions soulève de nombreuses objections.

Nous avons vu qu'elles ne pouvaient satisfaire aux exigences d'une méthode scientifique parce qu'elles reposent sur des propriétés essentielles assez arbitrairement attribuées à chacune d'elles et qu'elles rejettent les grandes lois biologiques d'influence du milieu. Les tendances épigénétiques des biologistes sont en contradiction avec la fixité et la fatalité que supposent les doctrines constitutionnalistes.

D'autre part, les fonctions essentielles sur lesquelles elles reposent sont des caractères déjà très complexes et portant en eux les marques du milieu où ils se sont développés.

LACAN écrit, du contact vital avec la réalité, qu'il s'agit d'une entité correspondant « à une notion métaphysique très élaborée » et il critique « le fondement d'une constitution et même de toute une pathologie » sur ce caractère. Pour la même raison, il lui semble « éminemment discutable que les facteurs de la personnalité innée s'expriment en des fonctions aussi complexes que bonté, sociabilité, avidité, activité, etc... »

Suivant l'opinion de Henri Ey, cette notion n'est acceptable que dans la mesure où elle est synonyme de *complexion* et où l'on fait une distinction entre mentalité et tempérament, celui-ci comportant surtout des conditions biologiques du psychisme et non des carac-

tères proprement psychiques. Ces conditions peuvent d'ailleurs être acquises. De ce point de vue, la conception de KRETSCHMER est plus proche, mais elle attribue encore une trop grande fixité aux caractères hérités et surtout aux correspondances physiognomoniques de ces caractères. D'autre part, les deux tempéraments essentiels qui se partagent l'humanité sont, l'un et l'autre, en réalité, deux manières d'être coexistant chez le normal et ne peuvent être considérés comme des qualités innées qui s'opposeraient. D'ailleurs, leur coexistence est la règle. Ce n'est plus qu'une question de proportions. Il est alors permis de se demander si leur importance comme prédisposition est telle que la suppose KRETSCHMER. D'ailleurs, là encore, pourquoi de telles tendances ne pourraient-elles être acquises ? Et dans ce cas, en quoi peut-on les distinguer de formes légères ou initiales de la maladie ?

CONCLUSION

En résumé, les caractères hérités ou innés ne nous paraissent constituer que des dispositions assez générales tant en ce qui concerne l'hérédité des psychoses, qu'en ce qui est d'ordre caractérologique.

Les constitutions correspondant rigoureusement aux tableaux morbides, d'après lesquels elles sont créées comme disposition, sont bien rarement constatées chez l'enfant, où elles devraient être souvent observées, si elles étaient innées.

Les faits d'hérédité polymorphe dans les familles psychopathiques rapportés par TRÉNEL, LEGRAIN et TINEL plaident en faveur de l'existence de dispositions générales, comme le soutenait la théorie de la dégénérescence.

D'autre part, il semble que l'hérédité soit surtout polymorphe dans la généalogie des déments précoces tandis qu'elle est généralement similaire dans celle des maniaques-dépressifs.

On pourrait alors supposer qu'un processus dégéné-

ratif soit capable de provoquer des troubles de plus en plus accentués avec les générations successives.

Dans l'ordre caractérologique, il est difficile d'admettre des dispositions particulières différenciées sans nier l'influence du milieu.

Or, on sait l'importance particulière de l'élément social, le rôle du développement individuel et surtout des expériences infantiles sur l'élaboration d'une personnalité. Ces faits, mis en lumière par la psychanalyse et constatés encore par d'autres méthodes, sont d'ailleurs plus conformes aux tendances biologiques que la croyance à des entités virtuelles, rétrospectivement considérées comme génératrices des troubles mentaux observés.

Nous avons déjà mentionné les expressions de processus, de constitution et de facteurs personnels hérités ou acquis, de réaction. Nous avons vu que ces notions correspondaient à des faits, malgré le rôle exagéré qu'on prétendait faire assumer à certaines d'entre elles. Chacune de ces notions ajoute encore à la complexité qui serait à l'origine des psychopathies. Les données si diverses et si nombreuses que nous apportent des travaux exécutés à partir de points différents nous donnent à penser que, de leur convergence, naît le trouble. Aucun de ces points de vue ne peut être négligé. Nous sommes obligés de donner quelques définitions des notions, qu'une étude des rapports réciproques d'éléments très divers nous oblige de prendre en considération. Le chapitre suivant est destiné à donner quelque aperçu de cette méthode structurale.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES GENERALES SUR LA STRUCTURE DES PSYCHOSES.

Rapports réciproques d'un processus morbide et de la personnalité.

Après avoir rapidement évoqué les tendances qui se sont manifestées dans la construction des entités morbides que nous étudions, nous eussions voulu aborder le problème cliniquement et nous efforcer de le résoudre par des confrontations de types.

Mais les précisions que pouvait nous apporter l'analyse toujours plus poussée des cas étudiés nous a paru laisser persister, pour classer un certain nombre d'entre eux, plusieurs incertitudes. Où rechercher leur cause sinon dans les critères mêmes qui définissaient ces entités ? BLEULER avait ouvert la voie qui menait à distinguer de l'ensemble certains symptômes plus directement en rapport avec la cause même de la perturbation organique, condition de la maladie mentale. Les autres traduisaient une manière d'être de la personnalité en présence du trouble fondamental, une *réaction*.

Nous avons vu, en effet, que KRÆPELIN avait placé, dans une grande classification des entités morbides, celles que KAHLBAUM, HECKER avaient déjà isolées en leur donnant le nom de démence précoce appliqué par MOREL à une affection dégénérative, mais de même aspect, et celle que FALRET et BAILLARGER avaient isolée sous le nom de folie circulaire et périodique en étendant cette notion à tout ce qui était maniaque ou dépressif et intermittent. Cependant, avant l'idée d'unités morbides, celle d'un rôle joué par les facteurs per-

sonnels avait été soutenue en France par MOREL et MAGNAN. Après le travail de KRÆPELIN, les auteurs songèrent de nouveau à l'importance des facteurs personnels, mais ils voulurent classer, selon KRÆPELIN, ce que cet auteur n'eut pas jugé justiciable de sa méthode ; ils appliquèrent la classification des psychopathies à tous les caractères subnormaux ou normaux, déduisant le normal du pathologique. Il devait y avoir autant de types de prédispositions que de types morbides. La fixité des caractères d'un individu, héritée ou innée, ne devait pas être un instant ébranlée. Il pouvait seulement arriver qu'elle s'atténuat ou s'amplifiât, mais non qu'elle se modifiât.

BLEULER, dans sa première conception tout au moins, avait envisagé d'une autre façon le rôle des facteurs personnels. La psychanalyse de FREUD avait mis en valeur le développement de la personnalité. Qu'un processus morbide intervînt au cours de ce développement, les effets de celui-ci se trouveraient perturbés et les complexes affectifs, ordinairement refoulés, seraient libérés.

KRETSCHMER essaya de comprendre la structure des états observés et la complexité de leurs composantes. Il s'efforça de ne négliger ni les facteurs héréditaires, ni les éléments acquis et de constituer des types.

Mais quel rapport existait entre ces types constitutionnels et les entités morbides ? Il fallait faire intervenir une notion nouvelle, celle de *réaction*. Une personnalité ayant tel caractère et qui se trouve affectée par un *processus morbide* y répond par une *réaction spécifique*. Mais cette conception méthodologique laisse subsister l'ignorance où l'on se trouve de la part processuelle et de la part réactionnelle. Quelle est celle qui donne au type morbide son individualité, son originalité ? Les plus constitutionnalistes n'attribuent au processus morbide que la valeur d'un événement extérieur, fortuit et quelconque, les autres voient, dans les événements vécus ou le processus, les facteurs décisifs et responsables de l'aspect clinique. Mais alors, le rôle joué par la constitution pour les premiers est identique à celui que joue, pour les seconds, l'événement extérieur (Erlebnis ou processus).

Tandis qu'en France, la question était débattue de savoir si la maladie n'était que l'épanouissement d'une constitution ou si elle était acquise, la même, en Allemagne, revêtait la forme de l'opposition entre l'endogène et l'exogène, encore formulée, car c'est d'Allemagne que vient surtout cette notion, en les termes : endogène ou réactif.

Les types réactionnels exogènes de BONHOEFFER désignaient des réactions nées sous des influences extérieures diverses, mais gardant un aspect surindividuel. Elles étaient indépendantes des dispositions de chacun. Mais KURT SCHNEIDER remarque combien les notions d'endogène et d'exogène sont relatives et il cite, à ce propos, les opinions de BUMKE et de POPPER concernant la schizophrénie. Cette affection, pour le premier, serait faite des réactions de « cerveaux déterminés » vis-à-vis des lésions exogènes les plus diverses. Selon POPPER, elle serait surtout d'origine endogène. L'opposition tombe si l'on approfondit les conceptions qui, toutes deux, « attribuent une importance capitale au facteur endogène ».

Chez ces auteurs, d'ailleurs, il ne s'agissait que de réactions biologiques, se manifestant par des signes d'ordre psychologique.

Etudiés d'un point de vue psychologique, sont appelés exogènes les phénomènes dont la cause est extérieure à la personnalité psychique. Tout ce qui est somatique, et même somatiquement endogène, peut donc être psychologiquement exogène. A cause de l'ambiguïté que présentent ces termes d'exogène et d'endogène, nous préférons nous servir des mots réaction et processus.

Processus d'une part, réaction de la personnalité de l'autre, peuvent être actuellement considérés comme les éléments d'un ensemble clinique. Il est souvent difficile de connaître la part de chacun d'eux et cependant il faut la déterminer.

Nous avons vu que des travaux modernes se sont efforcés de préciser ce qui dépend de la personnalité antérieure du sujet. Certains lui ont attribué toute l'originalité de la maladie qui présenterait déjà la totalité de ses éléments préformés dans l'individu. Le processus ne

serait plus qu'un prétexte offert à ces tendances pour s'extérioriser plus qu'elles ne le faisaient par les simples traits caractériels précédemment observés.

Les multiples distinctions ainsi faites désignent toutes les mêmes choses, c'est-à-dire : 1° la part qui revient aux divers éléments de la personnalité, ceux qui sont acquis au cours du développement, ceux que l'individu apporte en naissant, innés ou hérités ; 2° la part qui revient à un événement extérieur, qu'il soit passager ou durable (processus).

Mais, si l'on est d'accord pour reconnaître cette double série de facteurs, sur le point de préciser les rôles assignés à chacun, les doctrines s'affrontent. Nous avons, à propos de l'étude de ces éléments fondamentaux dont chacun, par la prévalence qu'on a pu lui attribuer, sert de base à une doctrine, exposé les critiques que chacune de ces doctrines suscite. Il nous parut qu'avoir recours aux notions de processus et de réaction constituait une attitude plus méthodologique que doctrinale. Le but de notre travail, déjà trop théorique, n'est pas de discuter la valeur métaphysique de telles entités, malgré l'intérêt qu'il y aurait à le faire. Plus immédiatement, nous voudrions nous efforcer de chercher si ces notions permettent ou non de poser, sur un plan moins obscur, le problème qui nous retient, celui des rapports de la psychose maniaque dépressive et des schizophrénies.

Il convient de préciser ce que signifie chacun des éléments qui entrent en jeu, de les définir et de chercher comment ils jouent en fonction l'un de l'autre. C'est là une *méthode* qui aboutit à chercher dans un état morbide une *structure* et qui permet de mieux en pénétrer les *mécanismes*, dût-il être ensuite plus difficile à placer en un *cadre nosographique* reposant sur des apparences, mais d'un usage pratique indispensable et d'une *réalité clinique* incontestable.

Nous avons vu comment les mêmes préoccupations en France et en Allemagne s'exprimaient de manière légèrement différente. On peut dire que leur origine eut lieu en France, du point de vue des prédispositions individuelles héritées, le mérite en revenant à l'école de

MAGNAN, et qu'elles furent étudiées sous cet angle aussi en Allemagne, mais qu'en ce pays le point de vue du développement individuel prit, avec la psychanalyse, une importance particulière. Aussi les auteurs allemands, en face de la complexité des facteurs en jeu, ont-ils été conduits, pour respecter leur jeu réciproque, à envisager les psychoses dans leur *structure* et à s'étendre sur des considérations d'ordre *méthodologique*.

Les travaux méthodologiques ont peu de place dans la psychopathologie française. En Allemagne, ceux auxquels nous avons eu surtout recours ont été faits par KRETSCHMER, JASPERS, K. SCHNEIDER, BIRNBAUM, qui ont étudié les notions de réaction, de processus, de structure (1).

Parmi les définitions que nous donnons, plusieurs sont empruntées à Jaspers. Elles nous ont paru, chez cet auteur, précises, critiques, strictement méthodologiques. D'autre part, nous préférons éviter l'histoire détaillée de ces notions et des sens divers qui ont été donnés aux mots que nous utilisons, mais nous ne pouvons nous dispenser de citer certaines variantes dans les concepts et dans les termes.

Nous allons passer en revue, d'un point de vue méthodologique, quelques notions que nous avons citées et auxquelles aboutissent les différentes études dont nous avons rapidement retracé l'histoire. Nous aurons recours à ces notions pour désigner certains ensembles et certains faits que nos observations cliniques comportent. Ainsi se trouvera justifié ce chapitre de psychopathologie générale. D'ailleurs, il nous serait impossible de considérer le problème comme une simple question de psychiatrie spéciale.

Nous reviendrons sur certaines notions déjà discutées, mais pour en rechercher la valeur pratique. C'est ainsi que nous étudierons non plus la *doctrine*, mais la valeur méthodologique de la *notion* de constitution et que nous nous efforcerons de préciser ce qu'on entend par réaction, processus, etc...

(1) En France, récemment, MINKOWSKI attira l'attention sur ces notions, mais en restant strictement constitutionnaliste ; LACAN étudia la structure de la Psychose Paranoïaque en insistant sur ce qu'elle doit au *développement* de la personnalité.

Principes proposés par les tendances psychopathologiques récentes.

Avant d'étudier ces notions, il nous faut exposer brièvement certains principes que les auteurs de langue allemande, comme JASPERS et BINSWANGER, tirent des nouvelles tendances de la psychologie allemande et, en particulier, de la phénoménologie. L'impossibilité dans laquelle était le rationalisme des sciences naturelles d'expliquer les relations entre les faits psychiques, et aussi l'échec de l'atomisme, conduisirent à considérer l'homme tout entier et à étudier la psychologie par une intuition immédiate qui appréhendât les « choses mêmes » dans leur totalité. Sous cette influence, les auteurs que nous avons cités insistèrent sur la différence entre les méthodes qui s'appliquent aux faits psychiques et celles en honneur dans les sciences naturelles. Alors que les dernières isolent des faits les uns des autres et étudient leurs relations, conformément au principe de causalité, les faits psychiques nous sont accessibles d'une toute autre manière. Ils constituent des ensembles, des totalités indivisibles. La Gestalt-psychologie avait déjà insisté sur ces ensembles. Ces ensembles sont vécus et nous sont accessibles par une intuition immédiate. Nous nous efforçons de les comprendre tels qu'ils sont vécus par le sujet. C'est l'objet de la Phénoménologie. Nous avons ainsi, d'un ensemble, une compréhension statique. Mais ces ensembles sont reliés entre eux d'une façon compréhensive. Nous comprenons, par exemple, qu'en présence de telle ou telle situation, un homme se mette en colère. De ces états qui découlent les uns des autres, nous avons une *compréhension génétique*.

Il y a donc une distinction fondamentale entre *comprendre* (Verstehen), qui est notre manière d'appréhender les faits psychiques et de les relier entre eux, et *expliquer* (Erklären), c'est-à-dire relier entre eux les événements par un lien de causalité. Cette dernière méthode est celle de la biologie. Elle peut intervenir dans les relations qui unissent des faits psychiques. Toute entreprise scientifique exige qu'on s'y efforce, tandis

que la compréhension est limitée aux seuls faits psychiques. Là où cesse la compréhension, nous devons penser qu'une *cause* extra-psychique intervient qui est de l'ordre biologique et qui nous fournit une explication.

Par l'étude phénoménologique qui s'efforce de comprendre les événements psychiques tels qu'ils sont vécus et sans faire appel à des considérations théoriques, on arrive à saisir comment « le Moi et le Monde » apparaissent au sujet observé.

La compréhension peut être plus ou moins rationnelle ou immédiate (ainsi la pénétration affective).

Nous pouvons puiser, dans l'attitude du sujet vis-à-vis du monde extérieur, des éléments de compréhension. A partir de cette attitude, on a essayé de distinguer deux modes de comportement psychique dont l'un caractériserait la psychose maniaque-dépressive et l'autre les états schizophréniques.

C'est pourquoi nous consacrons encore quelques lignes aux notions de compréhension et de contact avec la réalité qui découlent des principes que nous venons de citer.

1° Compréhension et interpénétration affective.

A cause d'une certaine concordance entre les données continues observées chez soi-même et les données discontinues perçues chez autrui, la pensée rattache entre elles les dernières, comme elle fait les premières, par un lien intelligible. Nous avons l'intuition d'une certaine continuité et d'une certaine homogénéité dans la vie des autres. C'est *ipso facto* prêter aux manifestations qu'il nous est donné d'observer une certaine intentionnalité en rapport avec la personnalité dont elles émanent et que nous considérons comme un tout. Nous en faisons une personnalité qu'un prédicat peut, en un mot, définir assez pour que nous fassions entendre aux autres quelles formes de réactions sont à prévoir. Mais la compréhension peut être étendue à un plus grand nombre de phénomènes, à mesure que notre connaissance de la personnalité s'accroît. Ainsi deviennent compréhensibles,

par la connaissance des conditions dans lesquelles ils se manifestent et par l'histoire de la personnalité, certains phénomènes qui, tout d'abord, ne le paraissaient pas. A la lumière de la psychologie génétique et de la psychanalyse, des réactions considérées en fonction de la régression ou du défaut de développement qu'elles supposent, deviennent d'une compréhension statique et génétique facile. Nous pouvons comprendre qu'un individu n'ayant pas encore ou ne pouvant plus intégrer à son Moi les caractéristiques spéciales de la personnalité, ayant subi une « régression narcissique prépersonnelle », suivant l'expression de LACAN, ou un arrêt de développement qui le fixe à ce stade n'ait que des réactions autistiques ou autoérotiques. Les causes de cette régression ou de ce défaut de développement sont du domaine de la causalité biologique et *l'expliquent*. La régression ou la fixation expliquées, les réactions psychiques qu'elles comportent sont compréhensibles. Mais, indépendamment de l'explication, la compréhension suppose, de notre part, une foule de connaissances et, malgré tout, un travail rationnel. La compréhension semble pouvoir ainsi atteindre les réactions correspondant à celles que KRETSCHMER appelle primitives.

Si intuitive que soit notre compréhension de la vie d'autrui, en général, elle est donc parfois le résultat d'un raisonnement (1).

Cette appréhension pourrait être plus *immédiate* encore. C'est ainsi que certains auteurs, comme JASPERS, BINSWANGER, MINKOWSKI voient, dans l'*Einfühlung* (interpénétration affective), un moyen de discerner certains types de personnalités morbides. Nous prenons directement conscience, sans nous en faire par analogie une représentation, des sentiments éprouvés par autrui. La notion de raisonnement par analogie est insuffisante pour expliquer cette sorte de sympathie. Qu'à un certain stade de développement, le Moi et le Moi d'autrui

(1) Cette manière de voir est admise par JASPERS (*loc. cit.*) pour qui « la compréhension rationnelle n'est qu'un auxiliaire de la psychologie, la compréhension affective nous mène à la psychologie elle-même ».

soient encore indifférenciés expliquerait, pour certains psychologues (Max SCHELER) que la sympathie intentionnelle puisse être « éprouvée en commun avec d'autres comme un seul et même fait psychique ». Les états affectifs sensibles (Gefühlzustände) seraient incommunicables et le fait d'un seul comme liés intrinsèquement aux états organiques. Nous n'avons pas ici à étudier la nature de « l'Einfühlung » et de la sympathie, mais à rechercher si elle peut nous fournir une méthode d'investigation.

Les sentiments que nous éprouvons en présence d'une personnalité schizophrénique nous permettraient, selon BINSWANGER, de la reconnaître pour telle (Gefühldiagnose). L'absence de contact affectif produit en nous un sentiment de « recul intérieur » et fait se dresser « une barrière affective ». Il s'agirait ici d'autre chose que de l'antipathie ou de la sympathie que l'on peut éprouver pour une personne. Nous avons ainsi l'impression d'une vie affective *impénétrable*. Sans doute, le même psychisme nous paraît-il incompréhensible. Mais nous avons vu que, si les états schizophréniques étaient dus à l'intervention d'une *cause* extra-psychique expliquant l'absence du lien intelligible entre les faits observés, on pouvait trouver encore souvent, à titre de symptômes secondaires, des réactions *compréhensibles* d'autant plus narcissiques que le processus était plus avancé. Si ces réactions sont encore faites d'éléments associés entre eux par les liens, que nous connaissons comme proprement psychologiques, de compréhension, on conçoit qu'elles puissent se présenter à nous comme impénétrables. N'appartiennent-elles pas, en effet, à une vie psychique dont les caractéristiques sociales sont, par définition, absentes ?

Les significations de ces deux aspects du psychisme, incompréhensibilité, impénétrabilité paraissent donc, dans une certaine mesure, distinctes. *L'impénétrable* peut encore appartenir à la vie psychique, mais à une vie psychique très rudimentaire. Il traduirait l'existence d'une régression ou d'une fixation à un stade primitif, narcissique du développement, mais il ne préjuge pas forcément d'une cause extrapsychique. Il est compris

rationnellement. *L'incompréhensible* indique l'existence d'un facteur appartenant au monde de la *causalité*, de ce que nous avons convenu d'appeler un « processus » (1).

2° Le contact vital avec la réalité (Minkowski), Schizoïdie et Syntonie (Kretschmer).

Sur le plan des relations avec le monde extérieur, KRETSCHMER avait établi une distinction fondamentale entre les attitudes des cyclothymes et celles des schizothymes. La syntonie des premiers est toujours opposée à la schizoïdie des seconds. Ce serait là le grand critère sur lequel reposerait la séparation des domaines de tout ce qui s'apparente à la maniaque-dépressive et au normal, d'une part, et, d'autre part, de tout ce qui est plus ou moins schizophrénique ou schizoïde.

Le comportement du schizophrène, son autisme, sa « schizoïdie » seraient, pour MINKOWSKI, la conséquence de la « perte du contact vital avec la réalité ».

Tandis que la schizoïdie correspond à cet état morbide, la syntonie correspond à l'état normal. Le contact avec la réalité chez le maniaque est conservé. Pour certains auteurs (2), il y aurait même exagération de ce contact. Mais alors, il paraît impossible de dire que la syntonie soit « le normal » et de concevoir un normal exagéré. Le normal étant un mode idéal de parfaite adaptation, le comportement du maniaque peut-il être considéré comme mieux adapté que celui du normal ? Il serait tout au moins paradoxal de le prétendre. Mais ce contact ne signifie pas seulement efficacité des comportements sociaux habituels, il désigne aussi le contact affectif avec autrui, en quoi il se rapproche singulièrement de « l'Ei-

(1) Mais il serait erroné de croire que la vie psychique soit « le domaine des explication intelligibles alors que le monde physique serait du domaine des explications causales. Il n'y a aucun événement réel, qu'il soit de nature physique ou psychique, qui ne soit en principe accessible à l'explication causale. La connaissance causale n'a de frontière nulle part... la compréhension rencontre partout des limites », JASPERS, *Psy. Gén.*

(2) CODET. — La Syntonie excessive. *Evolut. Psych.*, 1934, fasc. IV.

föhlung ». On conçoit qu'il puisse y avoir plus grande participation aux émotions exprimées par l'entourage, comme la mobilité d'humeur des maniaques semble parfois le montrer.

Dans le monde des objets, le maniaque fait des constatations très aiguës et très fréquentes de ce qui l'entoure ; le contact est très intense avec la réalité. Mais nous verrons que les objets ne semblent pas toujours rattachés, comme le fait le normal, à des ensembles traduisant les tendances du sujet ou des tendances plus générales. Ces détails, l'homme normal peut les percevoir et les écarter comme dénués d'intérêt. Dans d'autres cas, le monde extérieur est intégré au jeu du malade par une sorte de subjectivisme intense et les objets y sont profondément modifiés dans leur signification. Il s'agirait peut être moins d'un contact avec le réel augmenté que d'un rapport sujet à objet différent de celui du normal et qui tiendrait à l'intentionnalité particulière du maniaque, pour nous, cependant, infiniment plus compréhensible que celle du schizoïde.

Nous pouvons nous poser la question de savoir si on ne risque pas, voulant, par la notion de syntonie, étendre au monde des choses le contact interpersonnel que donnent la compréhension et la pénétration affective et rendre ainsi ce contact plus objectif, d'obtenir le résultat inverse.

Si le monde objectif, suivant les phénoménologues, est une construction idéale à partir de nos expériences immédiates et subjectives, ne vaut-il pas mieux, dans le domaine des rapports avec autrui, avoir recours à ces expériences immédiates ? Et cela, d'autant plus que nous observons ainsi des faits aussi nets que ceux à partir desquels sont faites les hypothèses des sciences naturelles : la présence ou l'absence d' « Einföhlung », ou de liens compréhensibles sont des faits qui peuvent prendre une valeur objective plus grande que certaines constatations fragmentaires concernant les choses extérieures. Nous pouvons considérer les expériences maniaques et dépressives comme plus proches des nôtres que celle des schizophrènes et le comportement des péri-

diques comme traduisant une intentionnalité que nous connaissons davantage.

C'est lorsqu'il s'agit de contact affectif avec autrui que la notion de syntonie, désignant plutôt l'ensemble des contacts avec l'ambiance, nous paraît atteindre sa plus grande précision. Or, c'est justement ce contact affectif qu'indique le terme « Einfühlung ». La syntonie semble donc pouvoir s'y réduire. La notion de pénétration affective est-elle plus subjective au fond que celle de réalité ? Les tendances phénoménologistes insistent sur la manière dont sont « vécus » les événements extérieurs et sur la conception du Moi et du Monde que traduisent les expressions du sujet. Nous verrons ce que les représentants de ces tendances soutiennent à propos des modifications de certaines données immédiates dans la psychose maniaque-dépressive et la schizophrénie. Une certaine modification qui demeure compréhensible pourrait avoir lieu dans les limites de la syntonie.

Nous ne voulons pas dire qu'on ne doive pas tenir compte du comportement du malade vis-à-vis de l'extérieur. Bien au contraire, c'est là une source de différences cliniques très riches. Mais encore faut-il le préciser et le comprendre dans son ensemble. Nous verrons, lors de descriptions cliniques ultérieures, que certains malades, malgré l'intervention d'emprunts fréquents à la perception précise d'objets du monde extérieur, doivent être classés parmi les Schizophrènes. Cette notion de contact vital avec le réel implique une certaine manière dont le contact se fait et une certaine intentionnalité. Le contact vital ne saurait être considéré comme une tendance initiale, tout au moins sous la forme qu'il revêt chez un être dont le développement a transformé complètement les tendances initiales. « Il nous paraît être, au contraire, la conséquence d'un tel développement » d'un progrès de la personnalité (LACAN). Sa perte ne peut être alors considérée comme celle d'une fonction essentielle, mais elle apparaît plutôt comme la conséquence d'une perturbation interne de la personnalité, perturbation dont elle n'est qu'un aspect.

Valeur méthodologique des notions de constitution, de réaction, de processus.

I. — La notion de constitution

Nous avons déjà étudié ce point dans un précédent chapitre. Si nous le reprenons ici d'un point de vue plus méthodologique, c'est pour le discuter en tant que méthode de travail. Les critiques précédentes s'adressaient surtout à la doctrine.

Deux questions se posent à nous :

1° La notion de constitution a-t-elle une valeur explicative et comment se fait le passage d'une constitution aux troubles mentaux qu'elle favorise ?

2° Nous permet-elle de prévoir les événements pathologiques ?

1° *Valeur explicative.* — Cette doctrine est antiscientifique puisqu'elle crée des entités métaphysiques immuables, inaccessibles à l'influence du milieu et des facteurs exogènes.

Si la constitution est responsable de tous les troubles, elle ne peut cependant les déterminer dans leur complexité actuelle. L'ensemble que forme le psychisme, s'il est sous sa dépendance, ne peut l'être qu'à l'origine et dans la mesure où il dépend d'un fait organique ou biologique. Nous avons vu que, pour JASPERS, ces faits jouent le rôle d'une cause explicative, selon le principe de causalité en vigueur dans les sciences naturelles. Il s'agit donc bien là d'une cause extrapsychique au même titre qu'un processus morbide qui modifie les conditions organiques du psychisme et donne naissance à des troubles primaires. De ceux-ci, les autres découlent par psychogénèse.

Qu'il s'agisse d'un processus modifiant la race, le germe ou d'un processus acquis par l'individu, il est, par définition, extrapsychique. La constitution, ou plutôt le tempérament, c'est-à-dire le fait uniquement biologique hérité, jouit des mêmes propriétés qu'un processus morbide organique quelconque et s'y réduit. La constitution est considérée comme provoquant le trouble par endogé-

nèse, tandis que les événements extérieurs auraient un rôle accessoire auquel elle répondrait par des réactions spécifiques. Elle devient elle-même événement extérieur, mais doué d'une importance primordiale à cause de sa précocité dans l'existence de l'individu avant tout développement. Elle peut gêner ce développement, l'orienter à cause de certaines infériorités organiques (ADLER), mais elle ne tient pas la place de ce développement, sous peine de n'être plus immuable.

La notion de constitution ne nous paraît donc pas avoir de valeur comme explication scientifique, sinon à titre de fait biologique pouvant, comme tel, avoir un retentissement sur le développement psychique. Mais elle échappe à toute compréhension psychique. Elle n'a pas d'existence psychologique.

D'ailleurs, les promoteurs des doctrines constitutionnalistes ne peuvent expliquer le passage de la virtualité à la réalité des troubles mentaux, ce qui rend leur construction complètement inutile. Les différentes constitutions pour produire un trouble se prêtent mutuellement assistance. A quoi sert alors tout l'effort dépensé pour isoler les constitutions spécialisées ?

2° *La constitution nous permet-elle de prévoir les événements pathologiques ?* — Oui, dans la mesure où elle est un caractère, une complexion (EY), par exemple, le caractère sensitif décrit par KRETSCHMER, qui suppose un certain développement dans lequel l'élément inné entre pour une part minime, alors que les expériences internes et les événements extérieurs jouent le rôle principal. Encore faut-il qu'un Erlebnis intervienne qui provoque une réaction particulière de la personnalité, réaction dont le caractère dépend de la personnalité, et aussi de la nature de l'Erlebnis. Mais alors, c'est bien l'influence du milieu et non une disposition innée qui conditionne cette réaction.

A propos de la première question, nous avons assimilé la constitution à un processus morbide extrapsychique, de telle sorte que, s'il existe des troubles légers, nous les considérons non comme essentiels, mais comme le début ou une forme légère d'une maladie acquise.

Faire de ces troubles une constitution équivaut à constater un état, non à l'expliquer. Pour la même raison, la notion de constitution ne nous permet pas de prévoir un état morbide. Lorsqu'elle prétend prévoir, elle se borne encore à constater.

Ce que la notion de constitution apporterait à notre science nous paraît réductible, d'une part, à des faits biologiques transmissibles par hérédité, mais très élémentaires et sujets à variations, d'autre part, à des caractères acquis au cours du développement de la personnalité.

II. — Innéité, hérédité

Après avoir épuisé les possibilités d'explication génétiques — et il semble qu'on y parvienne, encore que rarement — on pourra, en présence de certains phénomènes irréductibles, considérer qu'il s'agit de caractères innés et transmis par hérédité. Ceci ne veut pas dire qu'on ne doive pas tenir compte des faits d'hérédité vésanique similaires ou non ; bien au contraire, une enquête très approfondie dans ce sens doit toujours être faite et apporte souvent des résultats fort importants. Mais, en présence de similarité même, on pourra se demander si l'élément inné ne constitue pas seulement une condition *favorisant*, dans les circonstances habituelles de développement, une fixation à un stade infantile, fixation susceptible, en d'autres circonstances, d'être évitée. Enfin, l'ambiance psychopathique peut être, parfois, partiellement responsable d'un fait considéré, à première vue, comme héréditaire.

Lorsqu'est reconnu pour héréditaire un caractère donné, toute une psychogénie est encore possible à partir de ce caractère. Celui-ci est un élément au milieu de tous ceux qui participent au développement de l'individu.

III. — Réaction

Une réaction est un ensemble de faits psychiques provoqué par un événement de cause extérieure au psychisme de l'individu : exogène. Cet événement peut être de l'ordre des relations psychologiques. Il est toujours

chargé d'une forte valeur affective. Cet événement est donc intensément vécu, comme le signifie en allemand « *Erlebnis* ». Dans d'autres cas, il ne s'agit pas d'un fait qui affecte aussi brusquement la vie psychique, mais d'une perturbation plus ou moins insidieuse provoquant des troubles de la personnalité psycho-organique, de telle sorte que le psychisme répond aussi par des réactions. C'est un *processus* psycho-organique. Le processus ainsi compris est aussi exogène ; il peut même être somatiquement exogène. Ne seraient rigoureusement endogènes que les évolutions appelées, par JASPERS, développement d'une personnalité et processus psychique.

De ce point de vue psychologique, HELLPACH avait distingué « les anomalies réactionnelles », dues à des « *Erlebnisse* », des « anomalies » productives ou spontanées » dont la genèse était indépendante de toute *Erlebnis* et, par conséquent, plus rigoureusement endogène. Mais HELLPACH, écrit K. SCHNEIDER, « considère la réaction sous l'angle purement génétique. Elle s'oppose ainsi à la réaction compréhensible. De celle-ci, c'est à JASPERS qu'on doit d'avoir indiqué le premier contour ».

Sont *réactions vraies*, pour JASPERS, celles « dont le contenu est en rapport compréhensible avec l'événement originel, qui ne seraient pas nées sans cet événement et dont l'évolution dépend de l'événement et de leur rapport avec lui ». Le contenu a une valeur vitale (*Erlebniswert*) par rapport à la vie antérieure du malade.

Les réactions simplement occasionnées ont un contenu « sans rapport compréhensible avec l'événement occasionnant. Ainsi, par exemple, l'annonce d'une mort subite peut occasionner un processus catatonique, une manie ou une dépression circulaire. La nature de la psychose peut ne pas correspondre du tout à l'événement dont elle est issue ». Nous ferons remarquer qu'une réaction simplement occasionnée peut, sans être compréhensible génétiquement, former elle-même un tout compréhensible (accès de manie ou de mélancolie, accès de catatonie).

KURT SCHNEIDER ajoute, à ces réactions compréhensibles, une variété qui pourrait, à un examen superficiel,

être considérée comme simplement occasionnée, mais qui, en réalité, a des racines plus profondes dans une « Erlebnis » antérieure. Il s'agit de la réaction intermittente. L'Erlebnis originelle est « actualisée de temps à autre par une toute petite Erlebnis ». Ces réactions intermittentes se distinguent des phases dépressives endogènes en ce que celles-ci traduisent un trouble primaire des sentiments vitaux (Vitagelfühle).

La notion de réaction compréhensible, bien qu'il n'ait pas utilisé ce mot, correspond bien à la description des réactions de la personnalité faite par KRETSCHMER. Sont ainsi appelées « celles à la production desquelles la personnalité totale prend une part active et consciente, si bien qu'une réaction de la personnalité constitue l'expression la plus pure et la plus frappante de l'individualité tout entière ». L'exemple aujourd'hui classique de ces réactions est celui du « Sensitive Beziehungswahn » que nous avons déjà cité.

Ces réactions s'opposent, pour KRETSCHMER, aux réactions primitives. Celles-ci « échappent à l'élaboration complète par la personnalité totale, en empruntant des voies latérales plus élémentaires (réactions explosives, actions de circuit, réactions hypobouliques et hyponoïques, simulation et refoulement). Elles se produisent dans les cas où la personnalité n'est pas encore entièrement formée, ou lorsqu'elles n'ont pas sa complète approbation ».

Ainsi définie d'un point de vue psychologique, la réaction, si elle est compréhensible, est un phénomène psychique différent du normal seulement par une anomalie d'intensité, de durée.

Si elle cesse d'être en rapport compréhensible avec un événement et la personnalité antérieure du sujet, on doit faire intervenir, dans sa genèse, un facteur extraconscient. Elle peut être expliquée par une relation de causalité avec un *processus*.

III. — *Processus*

Appliquée par BLEULER à la Schizophrénie, la notion de *Processus* désigne habituellement le facteur extra-

conscient responsable des troubles psychiques qui échappent à notre compréhension. C'est-à-dire que les phénomènes irréductibles par lesquels il se manifeste sont créés par lui et disparaissent avec lui. Ce sont les symptômes primaires de BLEULER et de ses élèves. Ces phénomènes provoquent des réactions psychiques en relation compréhensible, plus ou moins apparente, avec eux. La personnalité par eux perturbée répond aux événements extérieurs par des réactions pathologiques, mais compréhensibles. Ce sont là des phénomènes psychogénétiques secondaires. JASPERS signale qu'on peut déceler l'existence d'un processus sous-jacent par ce fait qu'alors les manifestations psychologiques secondaires se suivent en des transitions où n'apparaît aucune dérivation psychologique.

Le processus organique serait responsable des signes dits primaires, mais le mot lui-même signifie qu'une évolution a lieu. Précisément, les troubles par lui provoqués subissent généralement une aggravation qui, se poursuivant, aboutit à la démence. « Il convient, dit EWALD, de n'employer *l'expression de processus que dans le cas de maladies conduisant à des états de déficit* (Defektbildung). » Sans l'avoir vérifié anatomiquement d'une manière constante, sans qu'il ait donné lieu à des manifestations somatiques toujours appréciables, nous pouvons induire son existence. En effet, l'absence de lien psychologique entre les éléments de la personnalité et entre les états qui se succèdent, la déficience à laquelle aboutit la maladie nous font invoquer un mécanisme extra-psychique. D'autre part, certaines analogies avec les effets des processus organiques connus nous conduisent aussi à voir, en la schizophrénie, la conséquence d'un tel processus.

La conséquence la plus nette de ces définitions est de pouvoir admettre la psychogénie de tout ce qui est « compréhensible » et, par conséquent, fait, dans la schizophrénie, partie des symptômes secondaires. Ce qui reste incompréhensible est considéré comme symptôme primaire et conséquence directe d'un processus.

IV. — Structure des psychoses

Contenus des réactions, interpénétration affective et même compréhension immédiate sont les *données phénoménologiques* qui nous permettent, en dehors de toute construction théorique et de toute fragmentation, de nous représenter ce qui est *vécu* par le sujet. Caractère, notion de réaction compréhensible ou non, d'une part, événement vécu, processus, d'autre part, sont des distinctions d'éléments qui supposent un certain travail d'*analyse*. La situation réciproque de ces éléments constitue la *structure* des états que nous observons. Enfin nous pouvons, en connaissant les mécanismes propres à chacun des éléments, reconstituer d'une manière *synthétique* ces états.

Les travaux concernant la structure des psychoses sont surtout écrits en langue allemande. KRETSCHMER a composé, de ce point de vue, sa description du « délire de relation des sensitifs », JASPERS celle des délires de jalousie. BIRNBAUM s'est attaché à l'étude structurale d'un point de vue méthodologique et général. En France, la thèse de LACAN fut consacrée à l'étude structurale de la psychose paranoïaque.

Nous avons insisté sur le caractère intuitif et totalitaire de notre appréhension des faits psychiques. Nous attribuons aux phénomènes que nous observons une certaine intentionnalité qui seule permet de les considérer comme phénomènes de la personnalité (1). Les intentions, les tendances qu'ils expriment ne sauraient apparaître dans un acte isolé, dans un symptôme détaché de l'ensemble du tableau clinique (2). Un état psychopathique ne peut être reconnu par énumération de symptômes ; ceux-ci pouvant avoir, suivant les cas, des significations fort différentes. Dire d'un malade qu'il présente du mutisme ou du gâtisme ne nous renseigne nullement sur sa personnalité totale qui peut être disloquée par un processus démentiel ou se trouver intacte dans son dynamisme. Il peut s'agir de réactions dont la genèse

(1) Voir thèse de LACAN.

(2) MINKOWSKI : Du symptôme au trouble générateur.

soit très différente suivant les cas. Ce mutisme, ce gâtisme sont des moyens d'expression.

Carl SCHNEIDER insiste aussi sur le fait que des phénomènes peuvent se ressembler « vus de l'extérieur » sans qu'il y ait identité psychopathologique. Ils n'ont pas forcément la même valeur dans chaque tableau clinique d'ensemble dont ils ne constituent qu'une partie souvent insuffisante pour le saisir. Il faut connaître de quelle manière les événements sont vécus par le malade.

BIRNBAUM écrit qu'il existe des groupes entiers de manifestations extérieures et d'états symptomatiques et passagers dont l'image extérieure coïncide, mais qui sont composés d'éléments différents. L'unité du tableau extérieur ne met pas assez nettement en valeur les relations d'ensemble des processus fondamentaux et les caractères particuliers de leurs corrélations.

MINKOWSKI critique l'usage des « nomenclatures de symptômes ». Dans le tableau de « l'ensemble de la vie psychique à un moment donné » (JASPERS), nous nous efforçons d'avoir une idée simultanée de la réaction actuelle et de toute la personnalité, c'est-à-dire une idée du sens de cette réaction. Mais ce rapport peut être encore difficile à saisir. Aussi est-il nécessaire d'étudier de très près l'aspect de la réaction et le caractère. Le caractère défini par REDALIÉ comme étant l'ensemble des possibilités réactionnelles révélées ne peut donc être saisi dans sa seule manifestation actuelle, mais il doit l'être aussi dans toutes celles qui la précèdent et lui sont liées de manière compréhensive ou non. Si la personnalité subit de graves perturbations et si d'autres signes permettent de reconnaître un processus psycho-organique, les manifestations de cette personnalité se produisent encore dans un certain rapport avec elle, mais sont d'une compréhension plus difficile. Une grande part des phénomènes observés est encore psychogénétique. L'étude approfondie de la personnalité peut rendre compréhensibles des réactions qui, à un examen superficiel, pouvaient paraître discordantes. Aussi, nous arrive-t-il peut-être de constater que les régressions narcissiques à manifestations essentiellement autistiques ne

sont pas toujours la conséquence d'un processus schizophrénique. C'est dans ce sens que CLAUDE a distingué toute une série de manifestations par lui nommées *schizoses* de la schizophrénie bleulerienne et de la démence précoce des auteurs français.

L'étude structurale des types morbides, en tant que types de personnalité, est donc comprise dans l'étude générale de la personnalité humaine, étude exhaustive et qui domine les points de vue relatifs de santé et de maladie. Une méthode d'étude structurale de la personnalité est proposée par KLAGES dans ses travaux caractérologiques. Pour cet auteur, la *structure* est constituée par des signes formels du caractère qui sont : 1° la rapidité avec laquelle sont excités les sentiments ; 2° l'humeur prédominante et 3° les propriétés formelles de la volonté. A cette structure, il oppose les qualités du caractère qui correspondent au système des mobiles, aux tendances.

VII. — Développement d'une personnalité et structure

Le dynamisme actuel des tendances dépend de la façon dont s'est opéré le développement de l'individu. Les études psychanalytiques ont montré l'importance qu'il faut attribuer aux instincts et à la manière dont ils trouvent à se satisfaire ou sont au contraire refoulés au cours des expériences vitales et des situations en présence desquelles ils sont placés. Le développement social de l'individu s'oppose à la satisfaction immédiate des instincts par le refoulement ou la sublimation. La trace de ces instincts refoulés ou sublimés se manifeste dans le caractère. La progression suivant laquelle se fait le développement nous le montre traversant certains stades au cours desquels le besoin de satisfaction de la libido, en raison des circonstances, s'exprime différemment. En certains d'entre ces stades, la libido s'est fixée particulièrement, de telle sorte qu'à ce point convergent ultérieurement les tendances affectives du sujet. C'est par une *régression* à ce même stade qu'en des circonstances mettant obstacle trop péniblement à l'expansion affective, la personnalité retrouve une sécurité majeure. Ainsi s'expliquent la psychogénie de certains états et le caractère

individuel des réactions qui les constituent. Ils sont ainsi compréhensibles génétiquement. Mais si la personnalité est troublée par un processus de telle sorte que ne soient plus possibles les mécanismes les plus finement différenciés correspondant au stade le plus élevé du développement, on conçoit que l'individu se retranche en une situation encore plus primitive que ne la voulaient les fixations ou la fixation de sa libido au cours du développement. Ce stade de fixation encore trop élevé doit être, en une marche régressive, dépassé. Cependant, certains caractères inhérents à cette fixation pourront rester mal liés entre eux et avec l'attitude actuelle, difficilement compréhensibles. Si très profonde est la déchéance, où trouver, selon l'école Freudienne, un meilleur refuge que dans la situation la plus primitive, la plus narcissique, celle que les psychanalystes appellent auto-érotique ?

Malgré ce qu'a de statique le terme structure, et malgré le dynamisme lié à celui du développement, leur juxtaposition nous a paru indispensable.

Les éléments d'une étude structurale sont constitués, outre la structure propre et formelle de la réaction actuelle, par les tendances que traduit le comportement et par les situations en présence desquelles s'est trouvé le sujet au cours de son développement infantile. Faute de connaître ces situations, les tendances constatées demeurent incompréhensibles, bien que l'analyse du caractère actuel permette de constater certains signes d'une fixation libidinale déterminée.

CHAPITRE IV

PERIODICITE ET TROUBLES MENTAUX

On ne peut pas dire que l'intermittence dans les maladies mentales soit de la périodicité.

J.-P. FALRET,
La Folie circulaire.

1) Intermittence et périodicité

Si nous plaçons en tête de ce chapitre cette citation de Falret, c'est bien pour insister sur la précision que l'auteur donnait à sa définition de la folie qu'il nomma « circulaire ». Nous pensons qu'il n'est pas inutile de rappeler qu'il désignait ainsi : « l'évolution successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. Elle varie, écrivait-il, d'intensité et de durée dans l'ensemble et dans chacune de ses périodes, soit, chez les divers malades, soit aux divers accès chez le même malade. »

Le terme de psychose périodique fut depuis lors très employé, mais il semble qu'à propos de bien des cas, on ait oublié la distinction faite par son auteur entre folie périodique et folie intermittente. Aujourd'hui, on entend souvent dire, en présence d'un malade observé lors d'un accès psychotique qui n'est pas le premier, que ce malade est ou doit être un « périodique ». L'extension exagérée du sens attaché à ce mot est sans doute une des causes de la difficulté où l'on se trouve souvent de faire le diagnostic d'un état dont l'évolution n'est pas continue. Intermittent est devenu synonyme de périodique et périodique de maniaque-dépressif. Si cet excès n'est pas sanctionné comme vérité par les livres, on peut dire qu'il est fréquent en clinique et qu'on le constate en mainte publication. Il semble être une de ces habitudes que le meilleur enseignement empêche rarement de contracter. La

raison en est peut-être que la clinique ne conduit pas à considérer toujours « folie périodique » et « folie intermittente » comme choses essentiellement différentes. Et cependant nous allons voir qu'il est nécessaire de recourir aux définitions premières pour éviter de tout confondre.

Falret distinguait nettement les folies périodiques des folies intermittentes. Toutes les aliénations étaient pour lui susceptibles de présenter au cours de leur évolution des « rémissions plus ou moins notables » et des « paroxysmes plus ou moins intenses » et il écrivait encore : « On n'a pas assez insisté selon nous sur la fréquence et l'intensité de ces rémissions et de ces paroxysmes dans la marche des maladies mentales et plusieurs erreurs capitales ont été la conséquence de cette lacune dans l'observation. Dans l'aliénation générale, par exemple, c'est une des causes pour lesquelles tant de malades si différents les uns des autres sont classés indistinctement sous le nom générique de maniaques ».

Malgré que cet auteur l'eût ainsi soulignée, cette méprise persista et se retrouve en bien des publications récentes. Elle nous paraît cependant responsable d'une partie, mais d'une partie seulement, des hésitations diagnostiques que font naître certains cas intermittents d'excitation ou de dépression plus ou moins proches de la manie ou de la mélancolie et qui évoluent généralement vers la démence précoce confirmée.

Ayant pris l'habitude de considérer tout ce qui était intermittent comme synonyme de psychose maniaque dépressive — et KRÆPELIN lui-même au début fit cette erreur — on s'étonnait de ce que des états intermittents évoluassent vers la démence précoce la plus caractérisée.

Mais cet écueil évité, il n'en reste pas moins un grand nombre de cas intermittents revêtant une symptomatologie maniaque ou mélancolique qui bientôt prennent l'aspect de la démence précoce. D'autre part, bien des états intermittents, si nous mettons à part la question d'un rythme rigoureux, se manifestent cliniquement puis évoluent comme ceux qu'on observe dans la seule

psychose véritablement périodique décrite par FALRET, c'est-à-dire purs et sans altération de l'intelligence, sans la présence de signes primaires schizophréniques traduisant l'existence d'un processus. Pour cette raison il n'y a pas lieu de les distinguer des états nettement périodiques.

2) Intermittence et continuité en psychopathologie.

Périodicité et *intermittence*, évolution par *phases*, sont les modes d'évolution habituels des états maniaques et mélancoliques. Tels sont les résultats des travaux nombreux consacrés à l'étude de ces affections. Au moins est-il classique d'affirmer que ces états lorsqu'ils sont purs ne sont pas durables. Si des formes de ces états, et en particulier la mélancolie d'involution, font parfois exception à ce principe il est aujourd'hui reconnu que s'y ajoutent certains symptômes qui d'emblée s'opposent à la formulation d'un pronostic favorable.

Au contraire *continuité* et *progression* sont caractéristiques de l'évolution schizophrénique. Les faits de discontinuité dont nous donnons plus loin des exemples et qui en réalité seraient très fréquents sinon habituels traduisent, peut-on dire, l'existence de poussées plutôt qu'ils ne correspondent à des phases.

Les phénomènes qui se manifestent par phases au cours d'une schizophrénie seraient essentiellement d'ordre *réactionnel* et par conséquent symptômes secondaires. Il convient donc, ainsi que le fait JASPERS, de distinguer réaction et poussée du processus morbide. Pour JASPERS les réactions sont caractérisées par le fait que le malade revient, quand elles ont cessé, à l'état antérieur, tandis que les poussées, même lorsque les phénomènes violents cessent, provoquent une altération durable.

Les poussées ont des contenus *généraux*, les réactions ont des contenus *déterminés* provenant d'un ou deux événements desquels la psychose est sortie spontanément.

D'autre part, les réactions sont en relation temporelle

avec un événement occasionnant, tandis que les poussées se font spontanément. Mais il peut arriver que la poussée joue elle-même le rôle d'événement occasionnant et soit masquée par un tableau réactionnel. L'existence de poussées légères avec retour à la normale, ou presque, dans l'intervalle des poussées et l'arrêt définitif possible des processus sont des faits qui obligent à quelques réserves en présence de cette opinion. Cependant ces caractères distinctifs donnés par JASPERS ne perdent nullement leur valeur du fait de ces réserves qui signalent seulement des causes possibles d'erreur.

Malgré la *progression* caractéristique d'une perturbation d'ordre processuel, on peut donc constater des intermittences dans l'évolution de ce processus. Certaines conséquences du processus, certains symptômes habituels peuvent, en dehors de toute poussée, se manifester avec une certaine périodicité. Ce qui est réactionnel peut être soumis également à une périodicité sans rapport avec un événement extérieur déterminé, certaines conditions internes venant jouer le rôle d'événement occasionnant.

Il n'y a donc pas opposition absolue entre les deux modes d'évolution qui peuvent, dans une certaine mesure, s'intriquer. Mais chacun des événements prenant part à cette intrication n'a pas une valeur égale. Lorsqu'on est en présence d'un processus, celui-ci est considéré comme responsable des troubles observés. Il joue en effet le rôle d'un facteur nécessaire ou tout au moins favorable à l'éclosion des phénomènes secondaires, tout psychogénétiques qu'ils sont. Ici, la question intermittence ou périodicité est accessoire, car il y a déjà trouble indépendamment de ces phénomènes temporels. C'est en considération de ce cas complexe où un processus sous-jacent conditionne secondairement des phénomènes intermittents que nous avons fait des réserves quant à l'opposition qui existe entre les deux modes d'évolution que nous avons décrits.

Dans les états purement maniaques-dépressifs, aucune intrication n'est possible puisque le phénomène de la périodicité ou de l'intermittence des troubles suffit entiè-

rement à caractériser leur évolution. Ces derniers troubles n'ont d'existence qu'intermittente alors que l'intermittence peut amplifier ou améliorer les manifestations de troubles dont l'existence est, au contraire, continue.

Si nous avons insisté sur ce dernier point, c'est pour la remarque qu'il nous oblige de faire que l'intermittence est, dans l'ordre psychopathologique, un phénomène très général et qui dépasse nettement le cadre des psychoses dites intermittentes. Ce fait est si évident qu'il semble qu'en parler soit énoncer un truisme. Mais les oppositions schématiques et idéales finissent par être toujours prises pour un fait absolu et nous n'en voulons pour preuve que l'étonnement provoqué par la possibilité d'une évolution discontinue dans la démence précoce, étonnement dont témoignent les publications qui suivirent la classification kræpelinienne, alors que les mêmes faits formulés par FALRET avant cette classification n'étonnaient personne.

3) Rapport entre la périodicité psychopathique et les faits biologiques.

La question de périodicité a préoccupé les auteurs qui, en France, ont étudié, après KRÆPELIN, la psychose maniaque-dépressive. Le rapport présenté au Congrès de Genève en 1907, par ANTHEAUME, et sa discussion, notamment par RÉGIS, DENY et PAILHAS accordaient une grande part à la périodicité qu'on observe en biologie.

PAILHAS avait déjà lui-même étudié cette question. Les auteurs citaient les travaux de SWOBODA sur la « *périodicité de l'organisme humain*, et en particulier sur les affinités de cette périodicité avec les sphères de l'automatisme et du subconscient ».

VASCHIDE et VURPAS, quelques années auparavant, avaient fait plusieurs communications sur le rythme biologique dans l'automatisme de certains aliénés. Le rythme et la périodicité pour ces auteurs traduiraient « les manifestations rudimentaires de la vie biologique et mentale lorsque les éléments qui la composent évoluent pour leur propre compte et semblent soustraits à l'action d'un centre coordinateur et régulateur ».

SWOBODA considérait que, chez l'individu mâle, existait un rythme mensuel comparable au rythme mensuel de la femme, fait que traduisait une réapparition périodique de rêves érotiques.

On pourrait multiplier les exemples de phénomènes périodiques observés dans l'organisme humain. Les rapports qui unissent les états émotionnels, l'état de l'humeur et l'équilibre neuro-végétatif sont assez importants pour que des états psychiques liés, au moins en partie, à ces phénomènes soient soumis à leurs variations et se manifestent d'une manière périodique. Mais si toutes ces manifestations rudimentaires dont ils dépendent ont un rythme régulier, comment expliquer l'intermittence beaucoup plus fréquente que la périodicité ? Le fait que ces états ne participent pas absolument au rythme de phénomènes dont ils dépendent montre bien que d'autres conditions sont en jeu. Si l'on suppose ces rythmes auxquels est soumis l'organisme, faits d'oscillations dont l'amplitude soit uniforme, on devra penser qu'apparaît régulièrement un état plus favorable à la manifestation de certains phénomènes. Si d'autres conditions favorables à l'apparition des mêmes phénomènes dépendent d'un système extérieur soumis à un rythme différent ou sont simplement fortuites, les chances d'apparition de ces phénomènes se trouvent être telles que l'intermittence ou l'épisode unique caractérisent leur évolution. Si l'intensité des oscillations est variable, un facteur de plus s'ajoute au nombre déjà considérable des facteurs en jeu.

Il semble qu'en général, l'adaptation des rythmes biologiques les plus rigoureux à l'accidentel et au fortuit que le milieu leur oppose se fasse par une série d'intermédiaires. Pour certaines fonctions les plus automatiques et les moins directement en rapport avec les variations extérieures, le rythme même paraît une nécessité ; la circulation en est un exemple. Les fonctions plus immédiatement dépendantes d'un apport extérieur variable dans le temps font elles-mêmes preuve d'une plus grande élasticité dans les écarts de leur jeu. Mais tous les éléments que suppose un système aussi com-

plexe peuvent aboutir à des états d'équilibre plus ou moins instables que, suivant les cas, une simple oscillation ou une somme d'oscillations bouleverse avec une certaine régularité ou qu'un événement extérieur plus occasionnel détruit.

De plus, dans certains cas, le fait extérieur, surtout s'il est biologique, peut imprimer son rythme propre aux réactions qu'il provoque (hématozaire du paludisme, par exemple) (1).

Des interférences ou des renforcements peuvent avoir lieu qui créent de nouveaux rythmes. Ceux-ci à leur tour modifient, à la faveur de coïncidences, la *réagibilité* du sujet.

Si la périodicité caractérise un système autonome, l'intermittence paraît pouvoir être considérée comme le résultat des rapports de ce système avec d'autres. Elle est encore, dans une certaine mesure, fonction de la périodicité.

4) Conséquences psychopathologiques des conditions biologiques de périodicité et d'intermittence.

Nous citerons en premier lieu, parmi les faits qui pourraient justifier le rapprochement que nous avons fait entre la périodicité biologique et les syndromes mentaux maniaques et mélancoliques, les relations de ces états avec les crises de migraine, d'épilepsie, d'asthme et d'urticaire étudiées par TINEL.

Les relations de l'épilepsie avec la psychose maniaque-dépressive ont été, à maintes reprises, signalées et PICARD récemment y est revenu en insistant sur l'identité possible des perturbations qui seraient à la base de ces deux catégories d'affections, dont l'aspect clinique différent tiendrait surtout à des variations d'intensité et de durée. La périodicité évolutive nous semble être, en effet, une des conditions essentiellement biologiques de ces espèces morbides. La forme des réactions psychiques

(1) De nombreux travaux ont, de tout temps, insisté sur les influences saisonnières, atmosphériques, cosmiques, etc...

ainsi provoquées par des causes biologiques relèverait de mécanismes bien davantage psychogénétiques. Certaines perturbations psycho-organiques élémentaires joueraient pour ces psychoses le rôle perturbateur primaire que joue, dans la schizophrénie, le processus habituellement incriminé. Mais, dans les psychoses périodiques, l'absence d'altération durable et dépersonnalisante garantirait le caractère purement fonctionnel de ce trouble psycho-organique.

Cependant, cette différence essentielle entre les deux modes d'action pathogène pourrait n'être pas toujours si profonde. Les faits cliniques que nous citerons nous montreront, avec une certaine fréquence, des états maniaques ou dépressifs au début d'évolutions schizophréniques. Inversement, nous verrons des états nettement cyclothymiques pousser leurs conséquences réactionnelles jusqu'à des modes plus régressifs qu'il n'est habituel.

Ne pourrait-on pas considérer, dans le premier cas, qu'existaient déjà, lors de la phase maniaco-dépressive, quelques effets du processus débutant ultérieurement confirmé ? Mais ces effets à cette période seraient si minimes qu'ils n'apporteraient une perturbation psychique qu'à la faveur d'une oscillation importante du système bio-thymique. A un degré de plus, une même oscillation révélerait un trouble de la synthèse personnelle tel qu'au lieu d'un accès maniaque ou mélancolique pur, on observerait déjà une réaction plus nettement schizophrénique quoique souvent encore empreinte d'éléments excito-dépressifs.

Dans le second cas, ne pourrions-nous pas admettre qu'à la faveur d'insuffisances de cause dégénérative par exemple, les oscillations de l'équilibre thymique seraient capables de créer un trouble passager de la personnalité tel que la réaction ainsi produite fût nettement autistique, schizoïde ?

Tel serait le cas, pensons-nous, de certains états de type schizomaniaque (1).

(1) RUBENOVITCH, dans sa thèse, fait allusion aux formes comportant un élément cyclothymique.

Mais, si à un moment donné de leur évolution, périodicité pure et processus peuvent se manifester par des effets assez voisins, l'évolution ne peut qu'accentuer ou dévoiler les différences qui les séparent. Cependant, l'existence de processus évoluant par poussées puis arrêtés, de caractères cliniques bien particuliers correspondant au processus, nous interdisent de nous en tenir à la seule évolution pour définir une espèce morbide.

Nous avons vu, dans le précédent chapitre, de quels éléments était faite la structure d'un type clinique. Ces deux éléments type clinique évolution définissent, selon la méthode de JASPERS, *l'espèce morbide*.

En réalité, nous avons fait intervenir, dans la définition du type, les signes traduisant l'existence d'un processus. Or, ce terme a un sens évolutif et nous avons vu, en traitant de l'évolution, que la périodicité n'était possible qu'en l'absence des signes de discordance schizophrénique. La distinction des deux points de vue est, ici encore, difficile et relative, mais elle n'en est pas moins actuellement la seule méthode qui puisse arriver à établir rationnellement des espèces morbides. Le caractère relatif de cette distinction est lié à ce qu'a de relatif la notion même d'entité morbide et qui a été si bien mis en relief par JASPERS.

5) Intermittence et psychogénèse.

Nous avons envisagé la périodicité d'un point de vue essentiellement biologique et nous avons considéré que les manifestations psychiques observées se développaient psychogénétiquement à partir du trouble biologique générateur.

Mais nous verrons que ces mêmes états maniaques et mélancoliques, ou même ceux du type schizomaniacal de CLAUDE, peuvent survenir d'une manière purement psychogénétique. Sans doute, faut-il certaines conditions organiques favorables, mais elles ne déclenchent pas l'accès. Il faut penser qu'à la faveur d'un caractère fait du développement psychique du sujet et aussi des élé-

ments biologiques de la personnalité, certaines situations vitales provoquent des réactions d'ordre pathologique. Les complexes affectifs refoulés, la régression à certains stades caractérisent, pour les psychanalystes, la forme et le fond de la réaction. Le caractère ayant, chez un même individu, malgré les expériences nouvelles dont il s'alimente, une certaine permanence, une certaine orientation particulière dans le dynamisme qu'expriment ses tendances, nous constatons que des situations susceptibles de provoquer la réaction déjà observée chez un même sujet peuvent se présenter à nous et, sans être identiques, mettre le sujet dans les mêmes conditions. Le sujet peut ne s'adapter que difficilement à une autre vie extérieure un peu mouvementée et réagir à chaque dérangement un peu accentué du train ordinaire de sa vie d'une façon autistique ou rêveuse. Tel est le cas du schizomane. Mais ordinairement, celui-ci se retranche dans une vie exempte de perturbations. Si son état est léger et s'il reprend, après une réaction autistique marquée, la vie habituelle, sa fragilité (1) l'expose à de nouvelles crises analogues. L'ensemble de la vie du sujet pourra présenter l'aspect d'une certaine intermittence morbide. Mais celle-ci est entièrement provoquée par les faits extérieurs. Nous présentons, dans la seconde partie, une observation de ce type.

D'autre part, les états morbides constitueraient, comme nous l'avons vu, des ensembles ayant une signification psychologique. Pour les psychanalystes, il s'agirait d'une régression à un stade infantile de la libido, c'est-à-dire une *tendance*, conformément au principe du plaisir, à retrouver une situation optima déjà vécue. Tout ensemble peut être, selon la psychologie du « *behaviour* », considéré comme un cycle de comportement tendant à l'assouvissement d'un désir. S'il en est ainsi des états morbides passagers que nous observons, on peut supposer que le cycle de comportement accompli, le trouble disparaîtra.

(1) Fragilité qui peut être acquise ou favorisée par l'hérédité mais non entièrement créée par elle.

Ces points de vue seraient à discuter longuement, chose que nous ne pouvons faire ici, mais nous les avons rapidement envisagés comme pouvant, dans une certaine mesure, s'appliquer à des états psychogènes dont l'évolution cyclique ou intermittente puisse être en rapport avec leur psychogénie même.

Nous pourrions donc, à côté de la périodicité biologique, observer une *intermittence psychogénétique*. Celle-ci serait peut-être le fait de certains états qui, dans le cadre de notre travail, s'apparentent aux deux grandes entités morbides dont nous étudions les formes liminaires.

CONCLUSIONS

Ces considérations nous ramènent à l'étude de la question posée au début de notre travail, celle de l'existence d'entités morbides.

Le type clinique, dont nous avons envisagé, d'une manière générale, la structure, le mode d'évolution caractérisent une espèce morbide. L'ambition qu'avait KRÆPELIN de désigner, en outre, l'unité morbide par son anatomie pathologique et son étiologie n'est pas réalisable.

En effet, la connaissance que nous avons de la nature de certains processus cérébraux ne nous permet pas de considérer qu'il existe un lien précis et constant entre eux et des faits psychiques déterminés. La paralysie générale ne constitue pas une entité psychopathologique et des tableaux cliniques variés y sont observés. C'est un diagnostic dont nous faisons une construction rationnelle et non pas compréhensive. Les ensembles compréhensibles que nous y observons sont des « symptômes secondaires » pouvant être de type réactionnel.

Inversement, un ensemble compréhensible psychologiquement formant une unité clinique ne peut nous fournir d'arguments étiologiques. L'existence de certains troubles nous fait recourir à la causalité biologique, mais ne peut nullement nous renseigner sur la nature des troubles. Le mode d'évolution nous donne les mêmes indications. Type clinique, mode d'évolution sont des points de vue convergents d'où sont faites des constatations identiques : l'existence ou non d'un processus. D'autre part, des éléments morbides entièrement compréhensibles peuvent être *uniquement psychogénétiques*. La concordance entre les types qu'ils réalisent et l'évolution qu'ils subissent permettent de les considérer comme espèces morbides.

Cette conception psychopathologique de « l'espèce

morbide » n'est pas sans conséquences dans l'étude clinique des psychoses. Nous en déduisons :

1° Qu'un type clinique ne peut être envisagé que dans son ensemble et non d'après un seul aspect ; que ces ensembles ne sont, en aucune manière, spécifiques d'un trouble biologique déterminé ; que le même tableau d'ensemble peut apparaître au cours de divers processus.

2° Qu'ainsi considéré dans son ensemble, le tableau morbide ne peut être — et ces conséquences découlent aussi des premières — constitué de « psychoses combinées » (STRANSKY) ou « associés » (GAUPP, MASSELOU).

L'association ou combinaison de deux psychoses supposerait qu'on pût trouver à chacune une étiologie précise, spécifique et qu'il s'agirait d'associations d'étiologies. Or, nous savons qu'un certain écart organo-clinique (Ey) ne permet pas une telle affirmation. D'autre part, si nous pouvons, dans un certain nombre de cas, observer des phénomènes qui nous paraissent plus fréquents dans tel ou tel type pur, nous savons qu'on ne peut attribuer nulle valeur à un symptôme isolé et que, dans ses relations avec l'ensemble, est son seul intérêt. Considérant le tableau psychique comme une réaction vis-à-vis d'un phénomène (Erlebnis ou fait biologique extra-psychique), nous admettons que cette réaction est faite essentiellement à partir d'éléments correspondant à la personnalité du sujet. Ceci nous empêche d'appeler « psychoses » autre chose que l'ensemble des troubles observés et de désigner par ce terme une partie de ces troubles.

Si nous considérons une psychose comme l'ensemble du psychisme soumis à l'influence d'un trouble générateur, nous devons, avons-nous dit, tenir compte, non seulement de l'effet général de ce trouble, mais aussi des facteurs personnels constituant le psychisme ainsi modifié et la manière dont ces facteurs eux-mêmes réagissent vis-à-vis du trouble. L'idée de psychose est inséparable de celle d'une pareille complexité. Malgré l'importance de l'étude des cas individuels, on peut cependant isoler

des types dans lesquels on retrouve la même structure, mais aussi des variations dans le tableau clinique. Si l'idée de psychose est liée à celle de trouble générateur, en cas de plusieurs troubles générateurs, comment savoir, étant donné l'écart existant entre le trouble et les effets psychiques observés, — écart que vient remplir la personnalité, — quelle part de ce tableau psychique revient à chacun d'eux puisque tous agissent sur la même personnalité.

C'est pourquoi l'état du psychisme, considéré comme un tout, ne peut être divisé en entités artificielles, aristotéliennes conformes à l'ancienne psychologie des facultés de l'âme contre laquelle les tendances modernes sont dirigées. Il s'agit moins d'isoler des éléments que d'observer des *formes*.

La notion de psychoses combinées et associées nous paraît donc antipsychologique. Dans le cadre des travaux que nous poursuivons, elle fut invoquée, notamment par REDALIÉ, à propos de malades considérés comme « circulaires » et qui avaient présenté des états paranoïdes. REDALIÉ la récuse comme on le fait pour l'explication des idées paranoïdes dans la paralysie générale.

La « combinaison congénitale de deux dispositions pathologiques » invoquée par OSSIPOW est également fort discutable. REDALIÉ ne l'accepte pas plus que l'autre pour expliquer les mêmes cas. « En effet, écrit-il, dans presque tous les cas, les symptômes circulaires occupent le premier plan. » Selon LANGE, « les phénomènes catatoniques peuvent s'observer même dans la vie normale ». Quant aux symptômes paranoïdes, ils semblent être alimentés par l'affectivité irritable et impatiente des maniaques.

D'une façon générale, l'association de deux constitutions suppose celle d'entités artificiellement abstraites d'un ensemble. D'ailleurs, la fréquence, pour ne pas dire la constance avec laquelle on est obligé d'avoir recours à cette association, est bien un argument contre le manque de réalité de ces abstractions.

La détermination d'une espèce morbide est essentiellement d'ordre psychopathologique. Elle ne constitue pas

un diagnostic au sens médical habituel (1). C'est un diagnostic psychopathologique. Des investigations biologiques diverses doivent être faites pour déceler des troubles divers dus à ce processus ou, en son absence, à des perturbations fonctionnelles susceptibles de favoriser certaines réactions ou certains aspects des réactions observées. Le point de vue de l'hérédité doit également entrer en ligne de compte. Ainsi arrive-t-on à faire des diagnostics de plusieurs points de vue, comme le préconise BIRNBAUM dans ses travaux sur l'analyse structurale et un diagnostic « à plusieurs dimensions », selon l'expression de KRETSCHMER.

Ce point de vue *structural* nous paraît constituer un progrès par rapport à celui qui ferait jouer un rôle décisif uniquement à un trouble générateur organique, et à celui des constitutions qui considèrent les états psychiques observés comme uniquement d'origine endogène échappant à l'influence du milieu. L'étude de la structure tient compte de tous les éléments qui constituent la personnalité héritée ou acquise par un développement responsable de la personnalité actuelle et des événements extérieurs psychologiques ou organiques qui peuvent retentir sur cette personnalité et la modifier dans un sens particulier.

C'est par une application clinique de cette méthode que nous souhaiterions d'envisager le problème qui fait l'objet de notre étude.

(1) Voir critique de JASPERS concernant la recherche d'un diagnostic, sa valeur relative et les erreurs qu'elle peut entraîner.

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE ET NOSOGRAPHIE

CHAPITRE PREMIER

L'ENTITE IDEALE MANIAQUE DEPRESSIVE OPPOSEE A LA DISSOCIATION SCHIZOPHRENIQUE.

1° Les types purs maniaques. Phénoménologie de la fuite des idées selon Krapelin et Binswanger. Les types purs mélancoliques. Leur opposition avec la pensée et le comportement schizophréniques.

2° Les évolutions typiques.

I. — Le type clinique idéal.

Nous nous sommes, jusqu'à présent, efforcés de montrer comment, après les travaux de BLEULER, la psychopathologie de langue allemande s'était attachée à distinguer les troubles directement liés à un processus morbide (symptômes primaires) de ceux qui proviennent de la personnalité subissant ces perturbations (symptômes secondaires). Ces derniers peuvent être considérés comme réactionnels. Cette discrimination, encore difficile en clinique journalière, repose cependant sur des exemples assez nets pour que nous puissions l'envisager comme d'une application assez générale.

L'existence de ces troubles « processuels » dans une série de types morbides a permis de les rassembler autour de la notion de Schizophrénie. Cette manière de voir les choses a montré que les troubles secondaires réactionnels étaient d'une variété très grande, ce qui expliquerait l'étendue du cadre schizophrénique. Malgré l'importance du trouble processuel, beaucoup de réactions sont encore possibles, qui proviennent de la personnalité tout entière.

A l'opposé, certains types cliniques ne sont possibles

qu'en l'absence de perturbations telles qu'en produit le processus schizophrénique. Ainsi en est-il des formes typiques de la psychose maniaque-dépressive. L'appréhension vive de l'entourage, de l'ambiance, observée chez le maniaque, sa rapidité d'expression, l'adéquation aux situations, sont incompatibles avec l'existence d'un état mental aussi bouleversé que nous apparaît celui du schizophrène, dont l'activité psychique est peu communicable, souvent incompréhensible, faite de matériaux personnels et indépendants de l'ambiance (autisme).

Si nombreux que soient les cas impurs où le diagnostic est particulièrement délicat, les considérations générales que nous avons faites nous permettent de considérer comme irréductibles à la Schizophrénie les cas purs de psychose maniaque-dépressive, et de reconnaître l'autonomie de cette entité « kræpelinienne », comme les auteurs français FALRET et BAILLARGER le faisaient de la folie périodique, comme la plupart des psychiatres le font actuellement.

Prenant, dans la clinique, les documents qui doivent illustrer ces opinions, nous trouverons de nombreux exemples de types purs de psychose maniaque-dépressive, assez facilement réductibles à un type essentiel dont les variantes sont minimales. De la Schizophrénie, au contraire, nous trouverons une foule de types. Il nous est donc difficile d'opposer schématiquement le type pur maniaque-dépressif au type pur schizophrénique et d'étudier ensuite en quoi tiennent plus ou moins de l'un et de l'autre les types impurs. Une des critiques faites à BLEULER est d'avoir constitué, de la Schizophrénie, une entité trop extensive, tandis que la maniaque-dépressive se trouvait réduite. Ce manque d'équilibre choque quelques auteurs fidèles au naturalisme classificateur, qui suppose une certaine égalité dans ces classes. Il ne peut cependant pas être critiqué lui-même, car il peut avoir des raisons d'être. Sur ces raisons doit porter l'étude critique. Les conditions d'existence des deux maladies sont peut-être différentes.

Tous les travaux portant sur les groupes schizophréniques, qu'il s'agisse de la démence précoce des auteurs

français ou des réactions psychogènes de type schizoïde (ou schizoses) décrites par CLAUDE, mettent l'accent sur la désadaptation que ces affections comportent. Les plus légères, qu'elles soient prédispositions ou, ce qui revient au même, début des plus intenses, participent de ce trouble psychologique essentiel. Il y a donc possibilité de degrés dans l'ordre schizophrénique. Il n'est alors pas étonnant que, suivant ces degrés d'atteinte de la personnalité et les complexes particuliers qui se manifestent à la faveur de cette atteinte, les types cliniques soient très nombreux.

Du côté maniaque-dépressif, une certaine intégrité est nécessaire. Donc, point de degrés. Si l'intensité de l'agitation et de la dépression est variable, ce n'est que d'une façon transitoire et sans corrélatif lésionnel, c'est-à-dire sans que la maladie en soit plus grave. Il n'est pas étonnant que les possibilités de manifestations cliniques soient alors plus réduites.

Pour rester fidèle aux méthodes auxquelles aboutissent les tendances modernes et que les auteurs allemands ont formulées, nous chercherons à définir l'entité maniaque-dépressive dans ses cas purs : 1° par un type clinique ; 2° par une évolution.

1° *Type clinique.* — FALRET avait si bien senti que tout ce qu'on appelait maniaque ou mélancolique ne répondait pas au même type clinique, et que des distinctions devaient être établies, qu'on peut lui reprocher d'avoir réduit à un seul type morbide et à un seul mode d'évolution tout ce qui devait, plus tard, constituer la maniaque-dépressive. Mais cette isolation d'un type pur n'en garde pas moins une grande valeur en ce qu'elle est description et discrimination *d'un type*. Et si l'on reproche à sa description d'être trop restrictive, nous répondrons qu'elle est aussi celle du type le plus éloigné de ce qui peut être appelé Schizophrénique et que, pour cette raison, nous avons recours à la définition de ce type extrême, nous réservant plus tard de discuter si l'opportunité se présente d'intégrer ou non au même groupe les états que FALRET avait soigneusement distingués.

« Ce ne sont, écrivait FALRET, ni la mélancolie, ni la manie habituelles. C'est, en quelque sorte, le fond de ces deux états de maladie mentale sans leur relief. D'une part, il n'y a pas incohérence d'idées, comme dans la manie, mais simple exaltation maniaque, c'est-à-dire activité extrême des facultés avec besoin incessant de mouvement et désordre très marqué dans les actes. D'autre part, il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires bien déterminés comme dans les mélancolies ordinaires, mais dépression physique ou morale portée quelquefois jusqu'à la suspension des facultés intellectuelles et affectives. » (FALRET. Folie circulaire).

Les faits cliniques que nous citerons nous empêchent d'adopter une définition aussi restreinte de ces états et, en faisant ainsi, nous ne suivrons pas complètement FALRET qui les opposait aux autres manies et mélancolies intermittentes. Mais en cherchant les formes les plus pures, nous voudrions mettre en évidence les troubles essentiels, qui font de ces états, qu'ils sont maniaques et mélancoliques et *seulement* tels.

Nous ne reviendrons pas ici sur les descriptions classiques, mais nous commenterons quelques faits cliniques correspondant à ces descriptions.

a) Type maniaque.

OBSERVATION I

Anne S. est âgée de 52 ans.

Un premier accès eut lieu à 20 ans, après avoir été abandonnée par un ami.

La malade a été mariée, une première fois, à 30 ans, pendant deux mois seulement, à cause du décès de son mari. Remariée peu après, son union fut de courte durée, son second mari étant mort à la guerre trois ans après son mariage. Depuis près de 20 ans, elle a une liaison avec un homme, mais n'habite pas avec lui.

Son ami l'avait toujours connue calme, normale, assez égale d'humeur, travaillant bien. Elle vendait aux Halles. Elle était jalouse. Dès que son amant parlait à une femme elle le lui reprochait et se querellait souvent avec d'autres à ce sujet.

Au mois d'août 1934, elle était en convalescence au Vésinet à la suite d'une affection hépato-biliaire, lorsqu'elle présenta des troubles de l'humeur et du caractère. Elle gifla son ami au

cours d'une visite qu'il lui fit. Elle se plaignit bientôt de céphalée et se montra particulièrement jalouse. Sortie du Vésinet, elle fut hébergée par des amis chez lesquels elle apparut rapidement fort agitée. Elle avait de l'insomnie, de la logorrhée, faisait des écrits incohérents. Elle proférait des menaces et un jour son amant la surprit tenant en main un couteau. Revenue chez elle, elle brisa des objets, cassa les carreaux de la conciergerie et fit un « scandale », ce qui détermina son envoi à l'infirmerie spéciale où le certificat qui fut rédigé déclare « qu'elle est atteinte de syndromes hypomaniaques avec jovialité, bavardage à thème parfois érotique, parfois mélodramatique, énumérant ses deuils, prête à pleurer tout en gardant une attitude hypertonique... » (BROUSSEAU).

A l'entrée, on porta le diagnostic d'excitation maniaque. Depuis lors son état est à peu près le même avec des variations d'intensité dans l'excitation qui, tantôt est celle de la manie franche et furieuse obligeant de maintenir la malade, tantôt celle de l'hypomanie avec bavardage, déclamation, plaisanterie, mobilité de l'humeur et décorations vestimentaires.

Sa logorrhée est caractéristique. Parfois, dans un discours courtois et poli, la malade nous accueille aimablement et s'informe de notre santé et, nous prenant la main, déclare d'un air apitoyé que nous avons la fièvre. Puis elle fait des allusions à divers faits quotidiens observés dans le dortoir qui lui servent de point de départ à des digressions variées.

En d'autres instants, son aspect est celui de la colère. Sur un ton de déclamation coléreuse et violente, elle expose de nombreux griefs. Elle se plaint d'être la victime des infirmières qui lui font des piqûres. On lui a donné de la cocaïne, de l'arsenic, on lui a fait voir un couteau avec un manche noir. Les infirmières lui ont parlé du cimetière de Thiais. D'ailleurs, elle a été ensevelie vivante, etc... Son ami est « une ordure » qui a voulu lui faire faire le trottoir. C'est un « souteneur », etc... Tous ces gens doivent être envoyés à l'échafaud, et elle en énumère la liste, chaque nom étant suivi du mot « à l'échafaud », prononcé d'un air tragique tandis que la main imite le mouvement du couperet.

D'ailleurs, cette variabilité de l'humeur est telle que, non seulement, elle change dans le même discours, mais qu'elle peut alterner régulièrement suivant l'interlocuteur dans une même conversation, la malade adressant à l'un des mots orduriers et le menaçant de la guillotine, et demandant en souriant à l'autre des nouvelles de sa santé avec les formules de la plus grande politesse.

Voici un exemple de la *fuite des idées* constatée dans ses propos où se trouvent exprimées des fictions quasi-délirantes, mais variables, inconstantes, fortement empreintes d'un caractère de *jeu* et facilement réductibles.

« Il y a deux hommes qui sont des femmes. Alice B et Mme B. travaillent sous de faux noms. Vous devez juger. Votre écriture ne peut me permettre de contrarier. Cet homme m'a vendu, il a touché 50 millions... Je travaille dans les hôpitaux, je suis très jeune, j'ai trop de capacités pour mon âge. Je suis déshonorée. »

Nous l'interrogeons sur son passé ; elle nous raconte qu'elle fut abandonnée par un ami dont elle eut un enfant. « Il y a une ressemblance entre vous et ce jeune homme. Ils m'ont fait passer l'arme à gauche... ils m'ont enterrée, mise au cimetière de Montparnasse. Malheureusement, je suis resuscitée... (nous prenant la main) : oh ! ce que vous avez comme fièvre, comment êtes-vous venu... j'en suis revenue... je travaille dans un théâtre, je suis actrice... Vous êtes allée à l'Opéra-Comique... Vous avez connu Mlle C. (ancienne malade, en effet, choriste)... ; je suis un enfant qu'on a volé, on m'a endormie, fait une piqûre charbonneuse. Cette affaire d'escroqueries, malheureusement, on appelle ça un souteneur... je ne sais pas si vous êtes véritablement quelqu'un ou si vous êtes dégénéré... et cette « pouffiasse » qui s'appelle B... Tiens, vous avez changé de cravate, l'autre fois vous en aviez une grenat... pauvre chéri... (geste de tendresse, nuance érotique), etc... »

En d'autres circonstances, des jeux de mots par assonance déterminent le passage d'une idée à une autre.

Chez cette malade, le contact affectif avec l'ambiance est très bien conservé. Elle s'intéresse aux malades de la salle ou va rendre visite à d'autres, revêtant alors, en l'exagérant par son maniérisme, une attitude mondaine. D'ailleurs, sa variabilité d'humeur s'adapte parfaitement aux variations gaies ou tristes des thèmes qu'on lui propose.

En résumé, nous constatons chez cette malade une extrême mobilité d'humeur et de ton affectif à prédominance d'exaltation, une excitation motrice et verbale avec fuite des idées, associations par assonances, activité de jeu, expression de fictions variables et ludiques, qui ne l'empêchent pas d'être parfaitement orientée et de faire des réponses rigoureusement adaptées aux questions qu'on lui pose, à moins qu'elle ne les élude par une plaisanterie.

Si certaines de ces fictions, par une certaine prévalence, une répétition fréquente, comme celles qui expriment des griefs envers son amant, se rapprochent d'idées délirantes, elles n'en ont ni le caractère convictionnel,

ni la systématisation et sont réduites dès qu'elles cessent d'être exprimées. Parmi ces fictions habituelles, certaines sont des identifications entre le médecin-chef et son père, les internes et son ami, les infirmières et son ami (les infirmières seraient des hommes habillés en femmes). Elles donnent lieu à de fausses reconnaissances dont certaines s'écartent des identifications habituelles. Si elles ont un caractère de jeu plus que de réalité, et sont ainsi différentes de l'état confusionnel, nous pouvons penser qu'elles sont en rapport avec des complexes affectifs de la malade, au même titre mais sous un aspect différent que le seraient des idées délirantes.

Le phénomène de la fuite des idées a été décrit par de nombreux auteurs et beaucoup d'interprétations en ont été faites plus ou moins inspirées par les tendances psychologiques de leur époque.

KRÆPELIN le décrivait ainsi : « Une foule d'idées dites accessoires éclatent qui, chez l'homme sain, s'évanouissent aussitôt que nées ; elles naissent de mille manières... et s'emparent pour un instant du cerveau tout entier du malade. Ce n'est pas là une hypertrophie de l'idéation..., l'expérience démontre que l'élaboration d'idées neuves est très lente et très pénible, il y a *fuite d'idées*, terme exact, car chaque idée prise à part ne dure qu'un temps très court..., les idées s'effacent avant de se constituer dans leur plénitude. Il en résulte une altération plus ou moins marquée de la conscience. L'état d'esprit et l'humeur du malade traduisent sans cesse cette instabilité de l'attention » (Cité par DÉRON).

« *Subjectivement*, écrit JASPERS, les malades éprouvent comme une *pression*, comme une *poussée de la pensée*. » « Un défilé incessant, d'une continuité douloureuse... par des associations les plus bizarres, l'idée suivait l'idée ; pourtant il y avait toujours un certain enchaînement d'un terme au suivant et il y avait un système dans la mesure où j'étais obligé de distinguer les côtés gais et tristes des choses, des hommes, des faits, des sentences qui se présentaient à moi » disait une malade de FOREL.

On considère généralement qu'il y a excitation, richesse

des associations d'idées, mais aussi effacement des *représentations de finalité* réellement actives avec leurs *tendances déterminantes*. JASPERS, à propos des associations, insiste sur la différence entre la *liaison associative* et la *liaison active*. Dans la simple liaison associative, un objet, un mot sont associés par assonance, par contiguïté, mais sans que ce rapport existe pour le sujet. Lorsque le sujet perçoit entre l'objet et le mot, par exemple, un rapport, et que ce rapport constitue pour lui une nouvelle unité, il y a *liaison active*. Les liaisons actives sont conscientes, les liaisons associatives sont inconscientes. Plus le niveau des liaisons actives est bas, plus les associations se montrent d'une façon apparente dans le langage et dans les actes, plus il est élevé et plus l'observateur aperçoit dans la vie consciente des rapports compréhensifs. Outre les représentations de but ou tendances déterminantes, les associations sont soumises à l'influence de la *constellation*. « On appelle ainsi l'ensemble complexe des conditions qui déterminent la direction associative prise à chaque instant... » Si les tendances déterminantes sont amoindries (premièrement parce que les intentions se font plus rares, deuxièmement parce qu'elles ne produisent aucun effet, troisièmement parce qu'elles varient trop vite) la suite des représentations est soumise seulement à l'influence de la constellation. « Le contenu de la conscience est formé des excitations extérieures, ainsi que des représentations évoquées par la constellation du moment, d'après tous les principes d'association possibles. Nous avons l'image objective de la *fuite d'idées*. Si les *liaisons actives* sont abaissées jusqu'à un *degré trop bas*, il n'entre plus dans la conscience que des éléments de couches inférieures... Sur une image, le malade perçoit seulement des lignes, des couleurs, etc..., mais non la signification de l'ensemble qui représente une chambre. » (JASPERS).

Nous avons pu observer un exemple qui illustre ces distinctions. C'est celui d'une malade voisine de celle dont nous venons de citer l'observation. Elle est en état résiduel d'une démence précoce rapide et présente une excitation verbale à type schizophasique. Le contenu de

son monologue n'est pas purement autistique et elle fait de nombreux emprunts au monde extérieur. Ses perceptions entraînent des associations, mais ne sont reliées entre elles que par de simples liaisons associatives basses. Il n'y a aucune liaison active. C'est ainsi que lorsqu'on s'approche de cette malade, son monologue est modifié par les objets nouveaux qu'elle perçoit. Mais elle ne rapporte aucun de ces objets, qu'elle désigne correctement, à un ensemble, à une personne, à une intention. Alors que la maniaque dit : « Vous avez une grande bouche et vous ne vous êtes pas rasé ce matin, vous n'êtes pas beau... », la schizophrase, sa voisine, enchaîne des paroles complètement incompréhensibles pour nous : « Il y a une grande bouche, ça c'est mal rasé... des lunettes dans la perturbation du jour qui, etc... ».

Cet exemple nous montre qu'il y aurait chez le maniaque, malgré l'affaiblissement des tendances déterminantes, persistance des liaisons actives qui nous rendent compréhensibles les propos du malade dans lesquels nous percevons une intentionnalité. Chez le schizophrase, au contraire, surtout à un stade aussi démentiel, il ne nous semble plus y avoir que juxtaposition, simple liaison associative par contiguïté ou par assonance, comme cela se voit chez certains de ces malades lorsqu'ils sont excités, et les propos sont incompréhensibles. Chez nos deux malades, il y a contact avec le monde extérieur et les objets ambiants, mais ce contact chez la démente précoce est fragmentaire, élémentaire, dépourvu de signification et d'intentionnalité. Chez la maniaque, nous saisissons une compréhension humaine. Ceci pourrait nous servir d'argument pour essayer de réduire à la notion de la compréhension psychique celle de contact vital avec le réel, notions que nous avons déjà rapprochées.

Ainsi comprise, l'étude de la fuite des idées porte surtout sur le mécanisme particulier des associations dans ce cas. Actuellement, d'un point de vue plus général, plus totalitaire, on serait porté à considérer qu'elles reflètent *une manière d'être* particulière du malade et qu'elles sont liées à une forme du « Moi et du Monde » vécue par le malade.

BINSWANGER, sous l'angle phénoménologique, a consacré un ouvrage important à l'étude de la fuite des idées. Dans la partie de son travail intitulé psychopathologie de la fuite des idées, il écrit du phénomène de l'« Ideenflucht » : « Nous chercherons à le comprendre et à le réduire de la même façon que les pensées normales ».

Les caractères que décrit Binswanger permettraient de faire comprendre ce phénomène. Mais cette description faite de métaphores et de nuances verbales aide seulement le lecteur à se faire une sorte de représentation très approximative de ce qu'éprouve le malade. Il ne s'agit, naturellement, pas d'une explication, ce qui, du reste, serait hors de la phénoménologie. Nous avons voulu donner ici un exemple de cette tendance qui, à côté de l'avantage qu'elle procure à éviter les interprétations hâtives, se borne parfois à faire le développement purement littéraire d'une idée parfois assez explicitement exprimée en quelques mots.

Voici quels sont ces caractères :

- 1° un état d'optimisme (optimisme des pensées) ;
- 2° La conscience de quelque chose d'infini (éloignement), celle d'une possibilité interminable de découverte, d'une clarté sans limites de l'espace de la pensée. Il y a rapprochement et éloignement simultanés des objets de pensée dans l'espace de la pensée, une sorte de mouvement en vol plané, de glissement « sur les ailes de la pensée ». Il s'agit donc d'une explication pensée particulière du Moi et du Monde dans laquelle le Moi est intimement lié aux objets de la pensée (litt. : « ils voyagent ensemble »).
- 3° La vitesse intérieure du mouvement, de la hâte, d'une sorte de chasse, sans que les expériences particulières puissent avoir la vitesse propre qu'elles ont normalement. Il n'y a donc pas ici « acceptation dans la plénitude d'une sincérité profonde ». Le sujet comprend plus ou moins le contenu des expériences vécues. Il ne laisse pas mûrir ses pensées, ou, ce qui revient au même, il ne mûrit pas lui-même par ces pensées. Le changement fréquent de thème et la facilité avec laquelle l'attention est déviée de son objet expriment bien la vitesse immanente de la pensée, l'optimisme de l'humeur et la conscience d'un espace libre l'accompagnant ;
- 4° La « volatilité » et l'imprécision des objets de la pensée ;
- 5° Le syncrétisme qui nous est, comme le caractère précédent, bien connu par la fuite des idées du rêve ;
- 6° L'abandon total à l'expression, à la parole et au bavardage ;

dage, donc au fait de se tourner vers l'entourage et de se détourner de soi-même. Ce trait particulier, social, ou plutôt déterminé par l'entourage est le plus significatif de la fuite des idées ; il est aussi celui qui nous la fait le mieux comprendre. Naturellement, la pensée normalement ordonnée est aussi déterminée par l'entourage, mais, tandis que dans le dernier cas cette détermination a le sens d'une tendance à se faire comprendre, celle qu'on observe dans la fuite des idées est une dépendance immanente du besoin d'exprimer ses pensées ; elle dépend en un mot d'une sorte d'expectoration !

.....

« Il en va tout autrement là où il est question en clinique d'un besoin intarissable de parler d'une verbosité. Ici, nous ne sommes pas en présence d'un plus haut degré du besoin de parler, mais d'un nouveau phénomène : au lieu de l'expectoration et de la parole adressée à quelqu'un, de l'extériorisation devant quelqu'un, intervient maintenant le jeu avec le son, la parole ou les mots. Au lieu du langage considéré comme instrument servant à se communiquer, se place ici un déluge de mots ou de paroles qui font partie du jeu traduisant la joie d'exister. Ce déluge n'a plus rien à faire avec la *fuite des idées* comme telle : car, ici, il ne s'agit plus des idées, du fait de penser ou d'expliquer, ou de communiquer ses pensées, mais, seulement, de jouer avec le matériel du son. Ce jeu n'a aucun rapport avec les pensées de la fuite des idées ; il en est de lui comme il en serait d'un jeu avec n'importe quel matériel.

« Comme caractéristique du style qu'affecte le langage dans la *fuite des idées*, il y a, comme parfois dans le langage familier, régression qui supprime la phrase subordonnée, les verbes, jusqu'à se réduire au style télégraphique et à la seule succession de noms. »

L'ouvrage de BINSWANGER traite aussi d'un point de vue ontologique et anthropologique, l'*antinomie maniaque-dépressive* et cet auteur cherche le sens « biologique-dynamique » de cette antinomie qui s'oppose à l'ambivalence schizophrénique et névrotique par ses possibilités extrêmes. Ces considérations sortent du cadre de ce chapitre de psychopathologie spéciale.

b) Type mélancolique.

Le type mélancolique pur se réduirait à ce qu'on appelle mélancolie simple, mélancolie sans délire, etc... Cette forme pour SÉGLAS contiendrait les phénomènes

élémentaires fondamentaux de la mélancolie. Les idées délirantes seraient secondaires. Elles sont d'ailleurs particulièrement fréquentes et surtout faites d'auto-accusation. Lorsqu'il en est ainsi, personne ne songe à discuter l'état mélancolique. Il s'agit plutôt d'idées délirantes que d'un véritable délire. En effet, il n'y a pas systématisation. Le malade sait qu'il doit expier, on dit qu'il doit mourir. Il est responsable de tous les malheurs qui surviennent, des maladies des autres. Il prend à sa charge toute la culpabilité du monde !

OBSERVATION II

Mlle B., est entrée à l'asile en état de confusion mentale avec fièvre, agitation, délire onirique, avec hallucinations diverses, surtout à nuance mystique. Elle entendait chanter des cantiques, etc... Elle avait aussi l'impression que le lait lui montait dans la bouche...

Après qu'eût cédé cet état, la malade resta dans une profonde prostration et, peu après, s'installa un état mélancolique qui persiste encore actuellement.

Elle reste prostrée, concentrée, la tête basse prise entre ses mains, le visage plissé et les traits contractés, les yeux mi-clos. On arrive difficilement à faire prononcer à la malade, habituellement en état de mutisme, quelques paroles à voix basse. Celles-ci sortent péniblement, très lentement, et avec effort traduisant une forte inhibition. Au cours de l'interrogatoire, le facies s'anime légèrement et bientôt on assiste à l'émission de quelques larmes.

Les idées que la malade exprime sont particulièrement tristes. Elle doit mourir, car elle ennuie tout le monde. Elle a entendu dire, par les autres malades, qu'elle devait mourir et les délires mêmes qu'ils expriment la concernent, comme nous lui demandons comment elle sait qu'il s'agit d'elle, elle répond avoir bien fini par le comprendre. Elle ennuie les autres malades parce qu'elle empêche leur sortie. Nous lui disons que ces sorties ne dépendent pas d'elle, mais de décisions d'autres personnes. Elle s'étonne alors que, s'il en est ainsi, on ne lui donne pas la sienne. Elle ne peut désigner plus précisément ce que lui reprochent les autres malades, ni par quel moyen elle empêche leur sortie. Il semble qu'elle fasse participer l'ambiance à sa propre inhibition. Tout est centré autour de l'idée de sa mort fatale et proche.

Le début de cet état a été marqué par des idées vagues de suicide. Actuellement, la malade s'alimente mal et reste muette et prostrée.

Nous ne pouvons dire ici qu'il s'agisse d'un véritable délire formant un ensemble systématisé. Les idées délirantes sont des ébauches d'explication, mais qui n'ont qu'une importance relative, l'essentiel est l'imminence de la mort.

Nous retrouvons chez cette malade les caractères que donne SÉGLAS dans ses leçons cliniques comme phénomènes fondamentaux de la mélancolie, à propos d'une malade qui éprouve tout d'abord un « état cœnesthésique pénible ». Ensuite, elle a de l'anéantissement, de l'insomnie, puis des idées paresseuses. Toute ma maladie, ajoute-t-elle, c'est l'ennui et l'inquiétude. L'inhibition devient plus marquée par la suite et la malade reste perplexe en face de son état. « Est-ce drôle d'être comme cela ? Qu'ai-je donc fait pour être ainsi inquiète, qu'est-ce que je vais devenir ? » Mais elle se borne à ces interrogations et ne va pas jusqu'au délire.

A l'inverse de la fuite des idées maniaques se place l'inhibition du mélancolique chez lequel l'idée n'arrive pas à s'exprimer et qui éprouve un vide total de la conscience. L'état de stupeur dans lequel il est plongé est évidemment d'un diagnostic étiologique très difficile. Cet état peut s'observer également dans la manie, dans la confusion, dans l'hébéphrénocatatonie. Ce sont des modalités différentes dans cette stupeur, des signes minimes d'expression l'accompagnant qui permettent d'une manière compréhensive de rattacher cette attitude à un ensemble psychique aussi peu extériorisé. Nous avons signalé l'importance attachée par WEYGANDT (1) à la différenciation entre les formes stuporeuses dues à une inhibition et celles qui sont dues au barrage de la volonté (SPERRUNG).

« La différenciation, dit WEYGANDT, entre les formes stuporeuses dues à une inhibition et celles dues au barrage de la volonté (SPERRUNG) est au point de vue du pronostic, qui est favorable dans les premiers cas (folie maniaque-dépressive) et défavorable dans l'autre (catatonie), aussi importante que la différenciation d'un ulcère

(1) Les citations qui suivent sont empruntées au rapport de Claus : Catatonie et Stupeur ; Congrès de Bruxelles, 1903.

de la langue en ulcère syphilitique, tuberculeux ou carcinomateux. »

Pour WEYGANDT, il faut opposer l'inhibition psychomotrice « à la poussée des actes » du maniaque (THATENDRANG). Cette inhibition se manifeste d'ordinaire dans les états dépressifs (depressiver stupor), mais se présente, cependant, aussi fréquemment dans les états d'excitation (Manischer Stupor). Il s'agit ici d'un ralentissement de chaque mouvement.

« La stupeur du catatonique se présente tout autrement. Le défaut de réaction est encore plus grand ici. Tandis que, dans l'inhibition précédente, on peut toujours constater une certaine réaction de la part du malade, ici, elle fait tout à fait défaut ou se manifeste d'une façon opposée... Il arrive cependant souvent qu'une réaction se déclare après des insistances répétées.

« Si, par exemple, on fait compter un stuporeux de la folie maniaque-dépressive de 1 à 20, il dira les chiffres, mais lentement, tandis que le stuporeux catatonique ne réagit pas d'abord et à la troisième ou dixième incitation, il cite toute la série avec une rapidité très grande. KRAEPELIN a désigné ce trouble, dans lequel la première impulsion est plus difficile, tandis que la marche ultérieure est facilitée, sous le nom de « barrage de la volonté » (Sperrung). Le « négativisme » et la suggestibilité pathologique (Befehlsautomatie) se rencontrent surtout dans la stupeur catatonique. »

Compréhension des états maniaques et dépressifs.

Dans ces types purs, malgré la fuite difficilement compréhensible des idées chez le maniaque, malgré l'inhibition qui rend difficilement accessible le psychisme du mélancolique, nous pouvons dire qu'il n'y a aucun élément de discordance, de dissociation du type schizophrénique. Dans les moments, où on le pénètre, à travers le flux de paroles du maniaque, ou à la faveur d'un relâchement léger de l'inhibition du mélancolique, le psychisme de ces malades nous est accessible, compréhensible. Nous pouvons nous représenter ce qu'ils éprouvent et, dans une certaine mesure, le partager. Le meilleur

moyen de mettre en évidence l'excitation du maniaque n'est-il pas de provoquer des réparties, de lui répondre, d'entrer dans son jeu et la tristesse du mélancolique n'entraîne-t-elle pas l'interlocuteur dans un état d'âme pénible ?

Impénétrabilité schizophrénique.

L'impénétrabilité du schizophrène est tout à l'opposé. Une malade du service de notre Maître CAPGRAS, en cherchant à expliquer son état, fait de vains efforts pour s'exprimer, puis se plaint qu'on ne puisse la comprendre.

OBSERVATION III

Marie-Thérèse G., vendeuse dans un grand magasin, est entrée à l'asile Sainte-Anne venant du service de prophylaxie mentale, le 8 avril 1934.

Les troubles ont commencé de la manière suivante : quelques mois auparavant, chargée de transporter des objets, elle a dérobé une broche dont elle s'est débarrassée quand on a constaté la disparition de ce bijou sans valeur. Elle ne sait pas pourquoi elle a commis ce larcin.

Après cet événement, elle s'est reproché un autre incident dans lequel sa culpabilité paraît très discutable. On ne lui a fait aucun reproche, mais elle a eu bientôt l'impression que « tout le monde savait », que son rayon était ligué contre elle. Après une interruption accordée, à titre de repos par le médecin, et après avoir avoué sa faute à un vendeur qui lui dit qu'elle pouvait reprendre son travail, elle retourna au magasin. Bientôt elle constata d'autres manigances contre elle et ses interprétations furent multiples ; les clientes lui achetaient du strass (matière dont était faite la broche volée) pour lui montrer « qu'elles savaient ».

Son délire présentait déjà certains caractères d'*ambivalence* ; le rayon lui paraissait partagé, les deux côtés étaient ligüés l'un contre l'autre, les uns pour elle, les autres contre elle. En même temps, elle est assaillie de scrupules et éprouve un sentiment d'asthénie très prononcé.

Depuis son entrée : sentiment d'étrangeté et d'influence. Transmission de pensée. On connaît sa pensée, on veut la changer. Syncrétisme ; on a cassé un légumier, ça lui a fait mal au ventre.

Le cours de la pensée apparaît troublé, le trouble est intimement lié au sentiment d'influence et de dépersonnalisation qu'elle éprouve. « Les personnes qui sont près de moi ou

éloignées de moi... je ne sais pas à quelle distance... ma pensée leur était transmise. Je le comprends par gestes, par la physiologie et aussi par les gestes de malades. C'est pourquoi j'étais énervée, hier après-midi. Je suis ma parole et je pense à autre chose. Penser une chose et prononcer des paroles machinalement... pendant ce temps il vient une autre pensée. La personne qui m'écoute entend mes paroles et croit que je pense à autre chose. C'est ce qui explique l'arrêt.

« A propos de quelque chose dont je suis sûre, je dirais ce qui est... si je ne suis pas interrompue... »

« Avec cette transmission de pensée, je change de physiologie ; il me semble avoir comme un masque. Ainsi vous me regardez, vous cherchez à me comprendre, vous avez alors une figure différente de celle que vous aviez.

« Quand je commence une conversation, je sais ce que je veux dire. Si je ne peux arriver au but, au bout, c'est par étourderie ou par une interruption de la personne à qui je parle... A un moment vous m'avez interrompue... » Puis elle se plaint de ne pouvoir arriver à exprimer sa pensée. « Je ne parle jamais à tort et à travers... Quand je parle, je parle pour une raison... *Je vous dirai franchement* (expression stéréotypée qui revient à chaque instant), je ne parle jamais pour ne rien dire. Quand je parle pour ne rien dire, je suis perdue... »

« J'ai une pensée, ce n'est pas une pensée. Je chanterai une chanson... Vous ne me comprendrez jamais, j'écirai... »

Sans qu'il y ait un rapport compréhensible avec les phrases précédentes, elle déclare que « *tout est sorti* » (expression qui revient à plusieurs reprises), mais elle ne sait pas quoi.

« *J'ai quelque chose en plus.* J'ai un caractère à juger... premièrement... voilà ! Je ne peux pas vous parler davantage... je suis certaine de ce que je veux dire, mais ne peux le dire... je l'écirai ou je parlerai... Je demanderai que vous vous taisiez, vous les quatre docteurs qui êtes ici ; que vous ne *fassiez aucun cas* de vos études, ni aucune comparaison avec aucun malade... je vous écirai certaines choses ; ce que vous n'aurez pas compris, c'est moi qui l'expliquerai. Vous serez obligés de demander des explications, chacun à votre façon... »

« *Il y a quelque chose qui manque...* quelque chose que vous ne savez pas et ça c'est une chose médicale. »

Cette malade présente des phases catatoniques, pendant lesquelles, réfugiée sous ses couvertures, elle reste dans un état d'hébétude. On doit alors l'alimenter à la sonde. Ces phases sont variables dans leur durée, mais se répètent plusieurs fois par an. Elle donne de son attitude pendant cette période des explications rétrospectives assez identiques et

d'ailleurs peu accessibles à la compréhension normale, mais qui peuvent être rattachées à la phénoménologie du négativisme. Donc elle n'a qu'à ne pas manger et elle obtiendra sa sortie, tel est l'argument qu'elle propose.

Rétrospectivement aussi, elle fait allusion aux phénomènes de dépersonnalisation et d'influence qu'elle a présentés souvent pendant ces périodes. Elle en fait une critique incomplète.

Voici en quels termes : « La folie n'existe pas, c'est une découverte que j'ai faite. A un moment, ici, j'avais l'impression que la pensée... que si vous arriviez dans la salle, vous aviez ma pensée. Depuis, je me suis rendu compte que vous ne pouviez pas, à la fois, avoir ma pensée et vous-même penser et parler en même temps. Pour moi, c'était la fatigue qui me faisait cela... Mais il faut que vous sachiez qu'on peut entendre des voix... J'ai même entendu des voix qui répondaient à ce que je pensais... J'ai entendu dans la cour des personnes qui parlaient. Je ne sais si c'était dans mon imagination, mais j'ai été anormale. Ça provient de la fatigue et d'être restée dans un lit et d'avoir cherché en vain comment pouvoir sortir... »

« Voilà pourquoi je puis vous parler comme je vous parle aujourd'hui. »

Elle demande à parler, éprouve le désir d'avoir un interlocuteur. « Pourquoi y a-t-il des infirmières qui ne vous parlent jamais. En ne parlant pas, on perd l'usage de la parole. L'après-midi, les infirmières, je ne sais pas ce qu'elles ont... elles ont peur. Il n'y a pas à avoir peur de moi... Est-ce parce que je parle franchement ?... C'est encore cette jeune femme (désigne une autre malade, une « entrante »). M. R. (un interne du service) ne lui a pas fait bonne impression. Je l'avais vu tout de suite à sa physionomie. Peut-être est-ce une personne qui se *retient*, qui sait trop de choses... »

Pendant une courte période, la malade s'est exprimée assez facilement. Elle parlait volontiers avec les autres malades, recherchait leur compagnie et présentait un état d'excitation qui fut parfois assez marqué. A d'autres périodes, la parole était très difficile, entrecoupée de barrages ou de flou progressif de la pensée avant d'arriver à donner l'impression d'une suspension complète (fading mental de GUIRAUD). Peu après, elle retombait dans une phase catatonique dans laquelle elle est encore actuellement.

Dans ce cas d'hébéphréno-catatonie, on peut observer d'une manière caractéristique les troubles schizophréniques du cours de la pensée, la dissociation et la dépersonnalisation qui s'accompagnent d'un sentiment d'étran-

geté du monde extérieur et de soi-même. Ce cas est particulièrement intéressant par sa phénoménologie abondante où apparaît d'une façon saisissante l'effort de la malade pour exprimer sa difficulté à s'exprimer.

Nous y voyons le caractère sur lequel ont insisté surtout les psychiatres allemands inspirés par la phénoménologie, l'incompréhensibilité, l'impossibilité d'interpénétration affective. Celle-ci est ressentie à la fois par le malade et le médecin qui ont chacun l'impression qu'il leur est impossible de se comprendre. La malade insiste sur ce caractère et exprime souvent son inquiétude de n'être pas comprise. Elle propose même aux médecins une *méthode* pour pénétrer son psychisme qui est de faire abstraction de leurs connaissances théoriques et cliniques pour mieux saisir l'individualité de son cas. On ne peut s'empêcher de rapprocher ces paroles de ce que nous lisons dans la psychopathologie générale de JASPERS : « *L'observateur*, écrit cet auteur, ne doit envisager *que* ce qui est *réellement* dans la conscience du malade en faisant abstraction des représentations théoriques, des constructions idéologiques qui nous dominent, tâche difficile..., etc. »

Nous n'avons pas cherché à opposer entre les deux entités morbides des caractères particuliers multiples et des symptômes nombreux. Nous avons voulu insister sur la manière dont se présentent à notre psychisme les différents états. Celle-ci nous donne l'impression dans certains cas de modifications profondes dans la représentation « du Moi et du Monde » chez les malades. Dans le premier cas (psychose maniaque-dépressive) nous avons l'impression d'états que nous pourrions éprouver, formant un tout compréhensible qui nous relie à ces malades par des relations de compréhension. Dans l'autre cas, malgré notre désir de pénétrer plus profondément le psychisme morbide, nous sommes arrêtés par l'impression de ne pas accéder au même monde que le malade.

Nous ne revenons pas avec détails sur ces caractères que nous avons précédemment exposés d'un point de vue théorique. Dans les cas purs de psychose maniaque-dépressive et dans les cas nettement schizophréniques

l'opposition est patente. On ne trouve dans la maniaque-dépressive aucun des signes primaires de l'affection décrite par BLEULER. Ceci ne veut pas dire que des ensembles cliniques semblables ne puissent s'y rencontrer. Mais alors il s'agit de symptômes secondaires, et nous pouvons nous demander si avec la manie ou la mélancolie ne peuvent coexister, d'une manière secondaire, certains états observés au même titre dans la schizophrénie, et même si des états maniaques ou mélancoliques ne peuvent se rencontrer eux-mêmes comme symptômes secondaires dans certaines circonstances de l'évolution du processus schizophrénique.

C'est pourquoi nous ne pouvons parler de type schizophrénique pur, sauf peut-être à propos de la démence hétérophréno-catatonique qui traduit un processus avancé et rapide dont elle peut n'être qu'un état résiduel. Nous devrions presque dire que la schizophrénie *ne peut pas* être pure puisqu'au trouble directement lié au processus, il est nécessaire que la personnalité réagisse d'une manière ou d'une autre.

Nous pensons avoir ainsi suffisamment défini le type pur maniaque-dépressif. Nous n'insistons pas sur les caractères cliniques qui sont absolument classiques. Le critère que nous avons proposé, à savoir l'absence de dissociation schizophrénique, nous suffit pour le moment.

II. — Le type pur d'évolution.

Evolution par accès, par phases (JASPERS) qu'elle soit de type circulaire, périodique, intermittent, alterne, etc., tel est le caractère évolutif de la psychose maniaque-dépressive. Il élimine de ce cadre, comme nous l'éliminerons pour des raisons cliniques, la mélancolie pré-sénile ou d'involution, certaines manies analogues, certains de ces états à manifestation unique, ceux qui apparaissent au début et au cours de l'évolution d'une affection provoquée par un processus organique, comme la schizophrénie et enfin les états appelés manie chronique, malgré les rapports cliniques étroits et même l'identité possible des syndromes dans certains cas.

Nous avons donné les raisons méthodologiques qui nous conduisent à ainsi limiter cette entité morbide. Adoptant en la circonstance les critères de JASPERS, nous considérons comme nécessaire à l'établissement d'une entité morbide de la définir par : 1° un type clinique ; 2° par un mode d'évolution.

Voici quelques exemples d'évolution typique.

OBSERVATION IV (due à l'amabilité de M. le Dr X. ABÉLY)

D. est âgée de 71 ans et a subi 32 internements depuis l'âge de 32 ans.

Le premier accès eut lieu en 1895 au cours de la période puerpérale.

Chaque fois le diagnostic de psychose périodique fut porté avec généralement celui de type maniaque. Des états dépressifs ont été rares et n'ont pas nécessité l'internement. Ils se sont généralement trouvés en continuité avec un état maniaque. Les intervalles séparant les accès sont d'une durée variable, allant de quelques mois à quelques années. Le plus long fut de cinq ans.

La malade qui fait preuve d'une mémoire excellente raconte quelques faits concernant ses accès. Ceux-ci, d'après elle, apparaîtraient généralement à la suite d'émotions, telles qu'un grand chagrin, l'annonce par son mari de la mort de sa mère. Alors « je perds la tête », nous dit-elle. « Cette fois-ci, j'ai eu la frayeur de la mort d'une nièce. »

Lorsqu'il s'agit d'une crise d'agitation, elle a de l'hyperactivité (« dans ces moments-là, j'abats plus d'ouvrage ») et en même temps de l'insomnie. « Puis, ajoute-t-elle, j'ai toujours sommeil, c'est alors la fin de la crise. »

Pendant ses crises, elle semble avoir contre son mari une certaine hostilité qui n'existe nullement dans les périodes normales. « Je veux divorcer, nous dit-elle, parce que mon mari me taquine, mais quand je rentre, j'ai oublié. »

Les périodes de dépression sont marquées par une grande lassitude. Elle ne peut plus alors faire son ménage dont elle prend le dégoût. « Je ne peux plus le tenir propre, alors je m'ennuie, je m'ennuie et encore revenir ici, tout cela m'accable. »

Un état stuporeux dépressif nécessite, pendant un certain temps, son alimentation à la sonde. « Je ne pensais à rien », dit-elle en évoquant cette période.

Un ou plusieurs épisodes confusionnels eurent lieu au cours desquels la malade présenta des hallucinations.

Cette malade nous apparaît dans un état de manie franche avec décorations vestimentaires, excitation verbale, chants.

Nous lui faisons compter une somme d'argent, ce qui provoque, de sa part, une réflexion sur le sou de la république. Ce dernier mot déclanche : « La république nous appelle... etc.), puis après quelques mesures : « Elle est gentille la petite république... mon mari ne m'a pas donné assez d'argent pour le ménage. » Ensuite interviennent des préoccupations matérielles concernant l'avenir de son fils, de sa fille. Auparavant son optimisme était éclatant. « M. M., nous disait-elle, est chef de tous les asiles de la Seine... Je suis dans un asile superbe d'aliénés... j'ai même fait pénétrer le concierge qui m'accompagnait en lui disant : « Venez voir comme c'est beau. »

Cette malade, excellentement mnésique, nous a paru exempte de tout affaiblissement intellectuel comme nous avons pu nous en rendre compte par la conversation et par certains artifices. Elle est adaptée à l'ambiance, reconnaît les personnes qui l'entourent, cite des faits précis les concernant et fait des réponses bien adaptées, mais évidemment suivies de digressions qui s'enchaînent suivant le mode maniaque.

Il n'y a donc chez elle ni dissociation schizophrénique, ni trouble démentiel d'aucune sorte.

OBSERVATION V (malade du service de M. le D^r CAPGRAS)

E. est âgée de 58 ans.

Père cyclothymique. Une sœur internée.

Elle présenta un premier accès dépressif ou confusionnel à 21 ans. Dans la suite, elle se maria et eut trois enfants.

Un 2^e accès, à 41 ans, dura 6 mois.

Un 3^e accès, à 45 ans, avec agitation incohérente, eut une durée de trois mois.

Un 4^e accès eut lieu à 50 ans qui dura trois mois. Il fut marqué par de l'agitation motrice et verbale, de la logorrhée avec fuite des idées. La malade répondait aux questions posées sans trouble de la parole et avec assez de précision.

Un 5^e accès, de deux mois, d'excitation maniaque, survint à 52 ans.

Un 6^e accès, l'année suivante, la retint encore deux mois à l'asile, où elle revint quelques jours après sa sortie.

En effet, un 7^e accès survenait après une rémission très courte. Le 8^e suivit de peu le 7^e, et débuta en mai 1931.

La malade, depuis ce temps, ne quitte plus l'asile que pour des permissions dont l'une a pu durer un certain temps. Récemment écrit, un certificat de situation signale des « accès d'excitation maniaque fréquents et séparés par des intervalles de courte durée... Les intervalles des accès permettent quelquefois de la laisser sortir ». Plusieurs permissions ont été accordées et des périodes de calme observées.

Actuellement, la malade, qui est en rémission d'accès, ne présente aucun affaiblissement intellectuel et se livre à des occupations régulières et suivies dans les ateliers de l'asile.

Il est à noter chez elle que les *accès d'abord éloignés deviennent très rapprochés*, au point d'empêcher sa sortie définitive de l'asile.

Une malade que nous avons vue à l'asile de Bonneval présente, après plusieurs internements assez espacés, un affaiblissement démentiel très prononcé. Mais les signes organiques constatés chez elle nous font considérer cette démence comme de nature artériopathique.

OBSERVATION VI

Mme B., âgée de 62 ans, a subi :

Un premier internement, du 27 avril 1895 au 27 juillet 1895 (sortie).

Un 2^e internement, du 18 décembre 1906 à juillet 1907, et un 3^e internement le 19 décembre 1921 (actuel). Elle est, depuis cette époque, à l'asile. Elle présente actuellement un aspect démentiel caractérisé par une désorientation profonde, des réponses absurdes, par exemple celle-ci : « Quel âge avez-vous ? — R. 300 ans, 6 et 3 9. »

Attitudes hallucinatoires ; paraît chercher quelqu'un ou quelque chose, interpelle bruyamment dans une direction.

Signes de démence organique : démarche à petits pas ; dysarthrie ; réflexes tendineux un peu vifs.

La recherche du réflexe cutané plantaire n'amène aucune réaction.

En résumé, la psychose maniaque-dépressive dans ses formes pures est caractérisée par :

Un type clinique d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique, avec absence de troubles déficitaires tels qu'en produirait un processus schizophrénique ou démentiel ;

Une évolution intermittente, périodique ou non, sans apparition de troubles déficitaires en relation avec la maladie. Même à un âge avancé et après de nombreux accès, ces troubles déficitaires, s'ils surviennent, sont dus à un processus démentiel organique d'artériopathie ou de sénilité.

Mais des cas plus complexes s'observent fréquemment dont on doit se demander s'ils tiennent ou non dans les cadres de la psychose maniaque-dépressive.

CHAPITRE II

LES TYPES COMPLEXES DE PSYCHOSE MANIAQUE-DEPRESSIVE

Type avec manie, confusion et délire

Les types purs sont rares, et, dans une des observations que nous avons citées à propos de l'évolution, sont notés déjà certains accès au cours desquels des états confusionnels ont été signalés. Nous avons cru cependant pouvoir citer cette observation parce qu'il s'agissait pour nous de montrer un exemple d'évolution non démentielle de la psychose maniaque-dépressive et l'adjonction d'autres symptômes, à une forme dans l'ensemble assez pure, ne paraissait pas diminuer la valeur de cet exemple. A plus forte raison, pensons-nous, une forme encore plus pure eût pu évoluer sans démente.

L'existence d'états confusionnels, délirants, et même d'états plus proches de la Schizophrénie, à côté d'états maniaques et mélancoliques, ou leur succédant, ou se substituant à eux au cours de leur évolution, a été plusieurs fois signalée.

Nous rapportons ici l'observation d'une malade suivie longtemps et qui présenta, en plus d'accès maniaques caractéristiques, plusieurs de ces états. Cette observation est particulièrement démonstrative, car chez la même malade ont été constatés divers états autres que la manie. L'Evolution fut celle d'une psychose maniaque intermittente avec absence de déchéance terminale.

OBSERVATION VII

(malade de la clinique des maladies mentales) (1)

Marie-Louise F..., née en 1890.

Enfance et adolescence. — D'après les récits de la malade elle-même.

Son père était serrurier et s'intéressait beaucoup aux questions politiques. Elle avait deux ans et demi lorsque sa mère apprit que son mari avait une maîtresse. La malade paraît avoir conservé un souvenir pénible des dissentiments familiaux nombreux qui se manifestèrent depuis. Ses parents se séparèrent lorsqu'elle avait 7 ans. Elle vécut avec sa mère. Elle semble avoir été complètement livrée à elle-même, s'amusant avec les enfants du quartier, les incitant à faire l'école buissonnière, se montrant très espiègle, cependant que sa mère devenait alcoolique.

De 13 à 14 ans, on lui apprend le métier de modiste. De 14 à 18 ans, elle fut mise en pension dans un orphelinat dirigé par des religieuses où elle se livrait à des travaux de lingerie et se trouvait, dit-elle, assez heureuse. Néanmoins, elle écrivait à son père de l'en faire sortir. A cette époque, ses parents reprirent la vie commune.

Cette jeune fille aurait voulu se marier, avant la guerre, avec un jeune homme qui est mort sans que ce projet fût réalisé. Elle éprouva, à cause de cet événement, un grand chagrin.

Elle désirait, a-t-elle dit, un enfant, mais sans, pour cela, se marier.

Mariage. — Elle se serait laissée entraîner au mariage à la fin de la guerre, par un garçon qui « n'avait ni vécu, ni souffert », plus jeune qu'elle de 5 ans, « un freluquet plein d'orgueil », filleul de guerre de sa tante. Celle-ci s'en était beaucoup occupée et la malade en avait éprouvé de la jalousie, trouvant que sa tante aurait pu avoir plus d'attention pour elle que pour un étranger. « En l'épousant, dit-elle, je pensais que peut-être ainsi s'occuperait-elle de moi. »

Rapidement enceinte, elle aurait, écrivit son mari, « souffert de la tête » durant les premiers mois de sa grossesse. De celle-ci naquit un fils.

Divorce. — Elle n'aurait pas beaucoup aimé son mari, qui avait, paraît-il, une autre femme et abandonna un jour le domicile conjugal. Son époux demanda le divorce, après 24 mois de mariage. En réalité, elle semblait avoir beaucoup souffert de cette situation.

(1) Il est déjà fait mention de ce cas, lors du premier internement, dans un article de Claude et Robin, publié en 1924 et dans un article de Robin et Cénac, paru en 1926.

Existence depuis le divorce. — D'après ses amies, Marie-Louise F. aurait éprouvé beaucoup de peine à cause de ces événements. Elle aurait cherché à revoir son mari et serait allée « lui faire des scènes très violentes », environ deux mois après le divorce. Elle l'aurait menacé de mort plusieurs fois, dont une par lettre quelques jours avant son internement. Il semble cependant qu'il y ait eu un certain intervalle entre les premières scènes et les menaces récentes et qu'une rencontre fortuite l'ait fortement émue.

Vivant assez seule, les personnes qui la voyaient souvent la trouvaient sombre, peu communicative, vive d'humeur, ni affectueuse, ni sensible, « ne se confiant pas ». Elle occupait une situation assez importante dans une grande maison d'exportation.

M.-L. aurait eu un amant plus jeune qu'elle qui désirait l'épouser, ce qu'elle refusait à cause de la différence d'âge. Cet ami l'a, paraît-il, menacée d'un revolver. Elle en éprouva une grande frayeur. (Cet événement eut lieu environ deux mois et demi avant son internement).

Le propriétaire de l'hôtel qu'elle habitait l'aurait également demandée en mariage avec insistance.

Début de ce premier accès. — Le 29 mars 1924, la malade est venue trouver une de ses amies. Fatiguée, négligée, sale, elle voulait téléphoner à M. Poincaré, car il allait se passer de graves événements politiques ; elle formait le projet de retourner avec son mari et fut très agitée pendant toute la nuit qui suivit, injuriant son amie et lui crachant à la figure.

Elle fut arrêtée à la descente d'un autobus d'où elle se serait jetée pendant la marche.

Premier internement. — *Internée d'office le 1^{er} avril 1924.* — D'après le certificat de l'infirmerie spéciale, elle présentait un *aspect confusionnel et dépressif avec anxiété*, fausses reconnaissances, mutisme, méfiance et peur.

Quelques jours après, le mutisme persistait, on notait qu'il ne semblait pas s'agir d'un aspect confusionnel vrai, que la malade paraissait s'intéresser à ce qui l'entourait, présentait de l'opposition et qu'un tremblement, de petits mouvements semblaient traduire un certain degré d'anxiété. Le pouls était rapide (108).

L'anesthésie montra, en faisant céder momentanément le mutisme, qu'elle était en réalité très bien adaptée et pas du tout confuse.

Au bout d'une semaine, l'agitation commença et s'installa progressivement. Malgré les cris, les chants, les plaisanteries et moqueries, une euphorie vague, de l'ironie, l'excitation est considérée comme atypique. La malade paraît un peu désorientée, avec difficulté de l'effort intellectuel, de l'attention, des troubles de la synthèse mentale. Enfin, par intervalles,

on note de l'anxiété. M.-L. semble réticente et refuse de s'alimenter, ne paraît pas consciente de son état. On note : « aspect éveillé, mais mutisme, attitudes étonnées, curieuses ; la malade n'est pas ralentie, mais il existe une certaine inhibition ».

L'excitation s'accroît en mai et juin. A cette époque, la malade, assez bien orientée, fait des réponses adéquates et ironiques et ses propos se poursuivent liés surtout par leurs *assonances*, mais une grande partie d'entre eux est incohérente, absurde. Le ton est hostile, froid, méfiant, glacé, sarcastique (D. Où êtes-vous née ? — R. Je n'y étais pas, je ne peux pas le savoir, etc...). L'attention est troublée, les évocations imparfaites. Des préoccupations nuptiales sont manifestées par allusions lointaines et générales à propos desquelles la *réticence* est prononcée, dès qu'on aborde certains points précis (divorce, histoire de la menace avec revolver). L'incohérence semble élective pour les allusions aux faits ayant une forte charge affective ainsi qu'en témoignent les interrogatoires des 7 et 10 juin, du 19 juin surtout. En septembre, la malade semble plus calme. Rien n'est noté pendant le mois d'août, mais il existe, datant de ce moment, quelques écrits. Une lettre cohérente, un peu triste et assez tendre à son ami dont elle ne semble pas reparler par la suite ; cette lettre montre un peu d'inquiétude, une peur vague ; elle exprime l'idée qu'un des médecins, qu'elle croit député de la Savoie, la protège et ajoute à l'adresse la mention « franchise militaire ».

En fin septembre et au début d'octobre, elle paraît assez excitée et recouvre les carreaux de sa fenêtre d'inscriptions concernant ses préoccupations morales et matérielles essentielles, ses déceptions, sa foi religieuse... Elle parle assez volontiers de son divorce, de l'avenir de son fils dont elle s'inquiète. Quelques jours après, plus agitée, semble-t-il, elle tient des propos érotiques et grivois et présente bientôt le comportement d'une *maniaque typique* (déguisements, décorations, érotisme, grossièreté ; bonne humeur et irritabilité).

Son affectivité se manifeste par des réactions normales à la vue de son enfant (gentillesse, joie).

Dans les écrits de cette période, se trouvent exprimés, avec une certaine ironie, des sentiments religieux simples et pratiques, des revendications légitimes puisqu'elles concernent les moyens d'élever son fils, dont elle a la charge. Un poème et plusieurs petits dessins où, à la caricature s'ajoutent de nombreux symboles, sont exécutés. Les suscriptions qui les accompagnent sont caustiques, symboliques et associées de manière plus ou moins vague. Un peu plus calme, elle raconte alors quelques épisodes de son existence. Mais elle exprime une *idée délirante* qui persistera 4 mois :

elle était enceinte lors de son arrivée dans le service ; l'anesthésie lui fut donnée pour l'accoucher et elle est de nouveau enceinte (grossesse attribuée à l'un des chefs de clinique).

Déjà, en juillet, elle avait manifesté des idées délirantes d'influence, d'après lesquelles on l'aurait hypnotisée, pour en faire une poule de luxe, alors qu'elle travaillait dans une usine et qu'elle était partie, disait-elle, à cause de gros affronts qui lui furent faits.

La fin de l'année 1924 est marquée par une persistance de l'état d'excitation, ainsi qu'en témoignent, entre autres choses, les lettres envoyées par elle où des suscriptions saugrenues et humoristiques chargent les enveloppes. Mais ses lettres sont cohérentes, adaptées et dénotent une bonne orientation puisqu'elle y fait des vœux à l'occasion des fêtes de Noël et de l'année nouvelle. Elle exprime, en outre, quelques idées de persécution concernant son internement, et croit que l'activité politique de son père a pu lui faire tort et avoir une part dans la genèse de ses tourments actuels. Aussi veut-elle se faire naturaliser italienne.

Au début de 1925, calme, bien adaptée, elle s'occupe de menus travaux, mais garde une présentation hypomaniaque avec subexcitation intellectuelle et *causticité*. A ce moment, ses idées quérulantes deviennent plus actives ; elle écrit au commissaire de police, au receveur des postes pour se plaindre des mauvais traitements qu'elle subit, de la retenue de ses lettres et proteste violemment contre son internement. Elle maintient son idée de grossesse. Elle est très irritable.

Sortie. — Cet état reste à peu près semblable jusqu'à la fin de mars et paraît, depuis le début d'avril, très nettement amélioré, lorsqu'elle sort *guérie* le 1^{er} mai 1925.

Deuxième internement. — Le 25 février 1927.

— Placée par le service libre auquel elle semble s'être rendue directement —. Elle présente alors un état d'*excitation de type maniaque avec anxiété*, versatilité d'humeur et, d'autre part, des *idées vagues de persécution* avec illusions et interprétations.

Son *agitation* n'est pas une agitation motrice, mais elle paraît surtout « intérieure » ne s'exprimant pas, même en paroles, quand on ne l'interroge pas. Sa mimique est expressive.

Des réponses inadéquates semblent être l'extériorisation de sa pensée intérieure à l'occasion d'une sollicitation ; à d'autres moments, des phrases paraissent volontairement à côté, *comme par jeu*.

Les réponses sont plus cohérentes, courtes, à type « fuite des idées », aux questions qui paraissent plus directement avoir une portée affective. Les manifestations émotives sont adéquates.

Idées délirantes. — Interprétations, illusions : M. L. se croyait surveillée dans son travail, chez elle où l'on devait, pensait-elle, pénétrer et où l'on voyait, peut-être par un rayon, ce qu'elle faisait. On la prenait pour une folle, aussi n'a-t-elle qu'à se faire interner pour toute sa vie : c'est pourquoi elle serait venue d'elle-même se placer.

Bien orientée.

Caractère : arrogance, hauteur, susceptibilité excessive, autoritarisme, parfois grossièreté, impulsivité même.

Sortie guérie, le 16 février 1928.

Troisième internement le 3 avril 1929.

Par l'infirmerie spéciale, envoyée par le commissariat de police où elle est allée elle-même demander qu'on l'envoie dans un hôpital.

Certificat du D^r LOGRE signalant : *Idées délirantes de persécution ; probabilité d'automatisme mental.* Entend dire qu'elle est sans honneur : on fait des commentaires sur ses gestes et son état mental ; on la signale comme dangereuse ; d'autres personnes prennent sa défense ; odeurs plus ou moins asphyxiantes, piqûres par l'électricité ; quelques interprétations morbides ; se sent lasse ; désire être soignée...

Les mêmes idées de persécution sont indiquées dans le certificat immédiat.

Elle fut transférée à Vaucluse où l'on constata qu'il s'agissait d'un état d'excitation atypique avec variabilité d'humeur. Cet état d'un diagnostic difficile fut apprécié différemment, à différentes époques, par le Médecin-chef (M. COURBON), qui nota une autre fois : état mixte de maniaque dépressive, associée à des éléments de paranoïa. Le 18 janvier 1930, il qualifia ses troubles de « psychose discordante, malade travaillante... » et la transféra à l'asile de St-Ylie.

A St-Ylie, le certificat immédiat du 25 janvier 1930 la signale comme atteinte d'un *état hypomaniaque* avec excitation verbale, loquacité et euphorie, réticences... (DESUELLES).

Sortie le 21 mai 1930, guérie de ses troubles toujours qualifiés d'hypomanie.

Quatrième internement.

Le 22 novembre 1932, nouvel internement, certificat de l'infirmerie (D^r DE CLÉRAMBAULT).

« Psychose à double forme. Etat maniaque actuel. Aisance, assurance, hypertonus, familiarité. Détachement et incurie. Propos inconsistants. Désordre des actes. Chants à tue-tête. Objets projetés par la fenêtre. Logorrhée, parlait du Président Doumer, puis de bandits qu'elle disait ne pas redouter, etc... Abstention de nourriture depuis 4 jours, semble-t-il. Pouls : 108. R.O.C. : 72/108. Trois internements (1925-1928-1929). Eléments confusionnels et discordance plusieurs fois

signalés. A observer au point de vue hallucinatoire et chronique. »

Certificat immédiat (D^r Ey) (23 novembre 1932).

« Excitation hypomaniaque. Familiarité, aisance ; attitudes paradoxales : enjouement, ironie, causticité, propos inadéquats ; associations futiles ; soliloques ; allusions, fuite des idées par intervalle, imprécision générale des réponses ; difficulté de l'attention ; calme. »

A ce moment la malade est calme au lit, s'y montre plutôt terne et fatiguée, éludant les réponses ou les faisant à voie basse.

Elle se montre plus *sthénique* au bureau dans lequel on l'examine. Une certaine opposition, le refus de s'asseoir, disant qu'elle est aussi bien debout, une *ironie caustique*, des *sarcasmes* sont les signes de sa mauvaise humeur. Sa mimique est dédaigneuse. Elle-même reconnaît, souligne et accentue sa mauvaise grâce quand on lui en fait la remarque.

La *familiarité* est habituelle « vous êtes toubib », dit-elle au médecin pour qui elle n'a pas le moindre égard, « vous êtes fils à papa, alors vous ne pouvez pas me comprendre », dit-elle à l'interne avec une *causticité* aigre.

L'*aisance* a été notée chez elle. Ses *réponses* sont souriantes, mais *particulièrement inadéquates* ; ce sont des allusions vagues à sa situation antérieure, des renseignements imprécis sur ses antécédents et les dates.

Cependant la *mémoire* paraît bonne et elle peut, à certains moments, être précise et fournir des détails, reconnaître les gens qu'elle a vus lors de son précédent séjour.

Il semble que l'on ait été frappé à ce moment par :

L'*absence d'effort* et de gros *troubles de l'attention*. Les sollicitations répétées nécessaires alors pour obtenir quelques réponses en font foi.

Par intervalles, il y a *fuite des idées, associations futiles*.

On note encore : « Interpellations subites et passagères, niées formellement aussitôt après ; *attitudes paradoxales*. »

Elle paraît dans une certaine mesure consciente de son état, au sujet duquel elle exerce aussi son ironie : « une pauvre folle, une internée, est-ce que cela compte ? » Elle se réfugie dans cette notion d'un état pathologique lorsqu'on lui demande l'explication de sa mauvaise humeur.

Ses sentiments d'affection envers son fils paraissent conservés et, spontanément, elle fait allusion à sa situation familiale et à la garde de son enfant dont elle est, depuis son premier internement, privée. Lorsqu'on lui demande si elle est dégoûtée de vivre, elle répond : « Mais pourquoi, j'ai un fils ! » Ce sujet est celui sur lequel elle donne les renseignements les plus précis.

Sa sexualité semble avoir été, jusqu'à une époque assez récente, bornée à quelques liaisons de passage sans attachement et entachée d'une frigidité habituelle. Ses règles furent et sont normales (derniers troubles peut-être à l'occasion des règles).

On ne peut, d'après l'interrogatoire, connaître l'existence ou l'absence d'états dépressifs antérieurs. Le vague de ses réponses est trop grand.

Elle renseigne, de façon vague, également, mais donne quelques détails sur son existence depuis le précédent internement.

L'état somatique semble bon ; aucune atteinte neurologique n'est décelable.

Le 8 décembre 1932. — Certificat de quinzaine : « excitation de type maniaque, difluence. Association: rapides. Réponses prompts et parfois mal adaptées. Enjouement, jeu. Exaltation affective. Véhémence, mauvaise humeur. Attitude d'opposition... » (D^r Ey).

Le 9 décembre 1932, un certificat de transfert : « Agitation maniaque. Causticité, réponses à côté. Incohérence, maniérisme ; vague opposition, jeu, élude la question... » (D^r Ey).

Transférée le 22 décembre 1932 à Vaucluse.

Le D^r COURBON note à l'entrée : « ...réticence ironique avec maniérisme hyperthymique ».

Lors d'une visite faite à cette malade, il y a peu de temps, à l'asile de Vaucluse où elle est actuellement internée, elle se présente à nous correctement vêtue dans sa tenue d'asile ; elle est propre, convenablement coiffée.

Ses mouvements sont vifs et rapides, son regard droit et assuré. Elle se meut avec aisance, ses gestes paraissent bien adaptés à leur but. On ne constate, chez elle, pas la moindre timidité et, volontiers, elle accepte la conversation.

Celle-ci se fait avec aisance et facilité. Le débit est rapide, mais net. Le langage correct est exprimé avec une certaine vigueur. Les réponses sont adaptées et dénotent une facile compréhension des questions posées.

L'interrogatoire nous permet de constater une bonne orientation dans le temps et dans l'espace ainsi qu'une conservation très suffisante de la mémoire. Notre malade a nettement conscience de son état pathologique et fera spontanément de nombreuses allusions à sa maladie. Elle-même nous déclare qu'elle fut un mois auparavant assez agitée, qu'on dût lui mettre le maillot et souligne l'aveu de périodes d'agitation de cette exclamation : « C'est navrant ». Elle ajoute avec aigreur : « Evidemment on ne me changera pas. »

La notion d'un état hyperthymique ressort déjà de ces données : agitation par intervalles, aisance, rapidité de l'élocution, fermeté des propos, intégrité de la mémoire et du

fond mental avec conscience de son état. D'autres éléments que notre examen nous a permis de constater s'ajoutent à ceux-là et confirment notre opinion.

Continuellement, au cours de l'interrogatoire, elle fera preuve d'une *ironie* souvent dédaigneuse et parfois maligne. Ses propos sont essentiellement constitués de *sarcasmes*. C'est ainsi qu'elle répond à nos questions : « Vous n'avez qu'à consulter le rapport de ces dames ; il me semble que ce serait plus judicieux que d'interroger la malade. » Étonnée que nous soyons venus la voir, Mme F. nous apostrophe en termes vifs : « Vous faites un roulement, vous revoyez les anciennes malades, c'est bien, vous n'avez pas honte ! »

La *causticité* ne fait nullement défaut. En l'occurrence, c'est d'une manière assez impersonnelle et aux dépens des médecins qu'elle s'exerce surtout. « La médecine fera des progrès, il faut l'espérer... » « Allez travailler dans une mine, au moins vous avancerez à quelque chose ! »

Cette mauvaise humeur perpétuelle, notre malade en rejette la cause sur sa maladie. « Les malades, dit-elle, ne sont pas patients », puis, elle ajoute : « Vous n'avez pas l'impression que vous perdez votre temps ? Il ne vous est pas compté ! »

Parfois des allusions à sa situation personnelle et familiale provoquent de véritables mouvements de colère assez vite apaisés. Le mot *rente* prononcé fit naître une explosion de ce genre. « Des rentes, reprend-elle, on ne m'a pas donné de rentes en sortant de Ste-Anne, tas de mufles », puis elle se lève et veut sortir disant qu'on lui jette toujours à la tête son internement.

A d'autres moments, plus calme, Mme F. avec un sourire ironique souligne nos propos d'une approbation mequeuse. « C'est cela, c'est vrai », sont les commentaires qu'elle fait à l'évocation, d'après son dossier, des circonstances de ses précédents internements. Notre demande concernant la contestation possible de faits par nous cités n'obtient que cette réponse : « C'est exact, puisque c'est dans le dossier. »

La familiarité même ne lui fait point quitter le ton acerbe, ainsi : « Où en êtes-vous de vos études ? Alors vous croyez que vous réussirez ? Oui ! »

Une grande susceptibilité se manifeste à plusieurs reprises, au cours de l'examen. Ce seul exemple nous suffit qu'elle nous donna lorsque nous fîmes allusion au métier de couturière supposé le sien. Il nous fut répliqué qu'elle avait été directrice d'atelier de couture et non couturière et qu'il ne fallait « pas confondre ». En guise de conclusion, suivit cette apostrophe : « Vous n'êtes que des imbéciles. »

Il n'est pas étonnant, qu'en présence de cet état d'humeur,

nous nous soyons heurtés à une opposition assez forte quand l'interrogatoire concernait certains moments de son existence, et que certains faits portant une grande charge affective n'aient entraîné que la *réticence*.

C'est en parlant du fils que nous avons nettement constaté ce signe. Il nous fut répondu par la malade qu'elle n'en avait aucune nouvelle, qu'elle ne lui écrivait pas pour la raison que « ce n'est pas à une maman internée à écrire à son fils ». Toute explication complémentaire nous est refusée en ces termes : « J'ai mes raisons de ne pas le faire, cela ne vous regarde pas. »

En y insistant davantage, nous pouvons constater l'existence de tendances *revendicatrices*, à propos de la garde de son fils : « Pourquoi, nous dit la malade, quand je suis sortie de la clinique m'avait-on enlevé la garde de mon fils ? » Spontanément, elle ajoute : « La maladie ?... son père n'est pas malade, la deuxième femme de son père n'est pas malade ? »

Puis, comme Mme F. proteste à chaque instant contre son internement, nous lui demandons pourquoi elle est venue spontanément se faire interner une fois. Elle nous répond qu'il s'agissait pour elle de retrouver un M. D..., employé de la Préfecture qui venait à Sainte-Anne et qu'elle accusait d'avoir fait un faux, signant pour elle un papier touchant la tutelle de son fils. Elle prétend l'avoir retrouvé à Ste-Anne et l'avoir giflé.

En plus de ces griefs, elle nous fait part de vagues revendications concernant une indemnité de chômage qu'elle aurait dû toucher ainsi qu'une allocation des assurances sociales et, s'adressant à nous comme si nous étions le représentant de toute une organisation sociale dont elle se plaint, elle nous dit : « Vous êtes une bande d'escrocs. »

Des *récriminations* de toutes sortes sont formulées. Devant nous, elle se plaint de la nourriture, de ce qu'on lui fait manger des haricots, aliment qui lui était interdit lorsqu'elle payait ses consultations « cinquante francs ». « Quand on paie le médecin, on vous recommande un régime sévère, de petits soins ; quand on est dans une maison, à votre merci, on vous donne tout ce qui est contraire. » Enfin ses récriminations sont de toutes sortes en matière d'organisation médicale et administrative, reposant, comme on le voit, sur des arguments qui ne sont pas sans fondements.

M. L. F. semble conserver ses anciens griefs contre la famille de son mari dont elle ne reçoit pas de visites, ne voulant pas déranger sa belle-mère, parce qu'elle est très avare. Mais avec celle-ci, notre malade n'est pas en mauvais termes, d'après la réponse qu'elle nous fait et à laquelle elle ajoute : « Naturellement parce qu'elle a mon fils. »

Elle prétend, dans le service, ne s'entendre avec personne, mais dit n'avoir pas « la maladie de la persécution ». En réalité, nous apprenons qu'elle est, au contraire, très sociable, et que les autres malades ont pour elle de la sympathie, qu'elle les distrait et parfois chante pour leur faire plaisir et les amuser.

Mme F. exprime ses récriminations, d'ailleurs, au nom de beaucoup d'autres malades et c'est en cette phrase qu'elle résume et manifeste, à la fin de l'examen, sa rancœur : « Nous sommes des centaines à vous reprocher de nous avoir laissées vivre. »

L'existence de périodes dépressives est problématique. La tristesse est éprouvée lorsqu'il y a un motif, « ainsi la mort de M. D. » (mort dans des circonstances singulières et relatée dans les journaux assez récemment d'un conseiller municipal). « Vous le connaissiez ? demandons-nous ». — « Oui, j'habitais le 10° et il avait rendu de grands services, il avait secouru de nombreuses familles ; *il n'a pas fait semblant de les secourir...*, oui, *il n'a pas fait semblant*, il les a secourues », nous répond-elle, manifestant, une fois de plus, son animosité.

Comme le montrent ce dernier détail et d'autres encore, notre malade est extrêmement présente, bien orientée, capable d'évoquer, avec précision, une foule de souvenirs plus ou moins récents ; c'est ainsi qu'elle s'informe de ce qui a pu survenir à la Clinique depuis son départ et nous demande des nouvelles de plusieurs personnes fréquentant habituellement le service. C'est avec précision que sont données les dates de ses internements. En revanche, elle se plaint elle-même de sa mémoire, et répète une formule qu'elle avait employée il y a plus de dix ans « je perds la mémoire en courant », locution populaire, nous dit-elle, à laquelle elle ne semble pas attacher une valeur particulière. A l'appui de ses dires, nous pourrions insister sur le fait qu'elle ne peut nous entretenir du contenu d'un livre lu récemment ; mais le grand effort qu'il nous a fallu faire pour maintenir son attention et l'empêcher de s'évader sans cesse du sujet en cours de conversation, nous permet de penser qu'elle ne l'a peut-être pas lu ou qu'elle est incapable de fixer ou de rassembler, par un effort soutenu, des souvenirs, à cause d'une *fuite des idées* et d'une *aprosexie* assez prononcées.

En effet, comme le montrent la plupart des phrases que nous avons citées, des réponses souvent adéquates, à moins que les questions ne fussent éludées, nous étaient faites, mais qui dès la seconde proposition n'étaient plus en parfait accord avec la question posée et, à l'occasion de quelques associations, déviaient vers un sarcasme ou une récrimination coléreuse.

Son exaltation s'est manifestée beaucoup plus, d'ailleurs, sous cette forme coléreuse que sous celle de la gaieté ou des chants parfois observée dans le service.

Son comportement au cours de l'examen nous est apparu comme empreint d'une grande vivacité de tous les gestes, d'une certaine brusquerie dans les modifications de la mimique et dans l'expression des émotions, qui semblent se succéder rapidement. Par moments se manifeste un certain *maniérisme*.

Lors d'une visite plus récente, la malade nous paraît engraisée, toujours bien tenue, bien orientée. Elle travaille correctement, mais avec caprices et présente, par moments, de l'excitation. Elle est souriante, mais son sourire est amer. Elle souligne toute constatation de la proposition : « C'est évident », dite sur un ton sec et tranchant, un peu stéréotypé.

Son hyperthymie persiste. La mauvaise humeur est, selon son expression, son « état habituel ».

Elle demeure réticente en ce qui concerne son fils et son mari, mais finit par en parler et exprimer alors les mêmes griefs. La question de la garde de son fils semble la principale préoccupation.

Elle entrecoupe notre interrogatoire de réflexions causatives sur la médecine et les médecins et sur nous-mêmes, montrant sa parfaite adaptation à l'ambiance et aux détails de l'environnement.

Les infirmières nous apprennent qu'elle parle beaucoup, surtout avec les autres malades et que, souvent, elle se dispute avec elles. Avec les infirmières, elle se montre peu bavarde, ironique et exprime des récriminations.

Elle est parfois assez excitée et on a dû, à plusieurs reprises, la changer de quartier. Ces moments d'excitation sont de courte durée et ne représentent pas des phases de grande agitation maniaque. Son caractère est dans l'ensemble assez désagréable et marqué par des colères assez fréquentes.

Son orientation est excellente, sa mémoire bonne. Elle est au courant de détails extérieurs et ne présente pas de traces d'affaiblissement intellectuel.

Dans l'intervalle des accès, elle ne présentait pas de troubles de la conduite. Nous joignons à l'observation la note rédigée par une assistante sociale.

Etat de Mme F. dans l'intervalle des accès

« La malade habite l'immeuble, rue X..., depuis de longues années. C'est là, dans une petite chambre sur la cour, qu'elle revient à chaque sortie de l'asile.

Elle semble très aimée des voisins et des concierges.

Lorsqu'elle est « guérie », à sa sortie de l'asile, elle se

comporte d'une manière parfaitement normale — pendant un temps variable — la dernière fois pendant un an environ. Elle travaille régulièrement ; c'est une *excellente* ouvrière : lingère, couturière, raccommodeuse ; elle est employée depuis longtemps dans un hôtel du quartier où elle est très appréciée de ses patrons qui la regrettent : « Elle fait tout.., elle est adroite comme une fée... »

En même temps, elle entretient avec beaucoup de soin et beaucoup de goût son intérieur, soigne sa mise ; elle est même coquette.

Puis, brusquement, à ce qu'il semble : « elle se met à dépenser tout ce qu'elle a, achète à tort et à travers..., elle s'arrête de travailler... ; d'abord elle ne pourrait pas, tant ses mains tremblent..., elle se néglige, néglige son intérieur, passe tout son temps à aller et venir sur le palier et à chanter à tue-tête... Ce sont les voisins et la concierge qui la nourrissent, lui portant à tour de rôle « de la soupe ». Elle vit comme une bête... Lorsqu'on l'a emmenée, cette fois-ci, il n'y avait, dans sa chambre, ni un bout de savon, ni un bout de bougie, ni un morceau de charbon ».

C'est à cause de cet état de complet dénuement, que rendait encore plus pénible l'approche de l'hiver, que la concierge, « dans son intérêt », a été trouver le commissaire de police pour demander son internement. »

Nous joignons à l'histoire de la maladie certains documents caractéristiques. Ce sont : 1° le relevé des interrogatoires au cours desquels fut observé le symptôme « des réponses à côté », au milieu d'autres propos plus nettement maniaques ; 2° les écrits de la malade qui datent de la période la plus franchement maniaque, en portent le caractère et nous renseignent sur certains aspects de la personnalité de la malade.

Interrogatoire du 24 mai 1924

D. — Comment ça va ?

R. — Vous avez votre bouton de manchette.

D. — Quel jour ?

R. — Vendredi 25 mai 1924 (exact pour le jour).

D. — Et ici où êtes-vous ?

R. — Le chapeau que vous voudrez.

D. — Où êtes-vous ?

R. — Au milieu des miens.

D. — Quel est le nom de cette maison ?

R. — Vous y êtes depuis combien de temps ?

D. — Je vous demande où vous êtes ?

R. — Il est solide votre sous-main.

D. — Vous ne voulez pas me dire où vous êtes ?

R. — A l'Asile d'Aliénés, en service libre.

D. — Non.

R. — En service commandé, ô commandeur.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Je ne suis pas partie. Je ne compte pas en dormant. Depuis 2 mois.

D. — Êtes-vous malade ?

R. — Oui, oui (avec ironie), c'est héréditaire. Défense de se marier entre frère et sœur sans autorisation !

D. — Êtes-vous malade ?

R. — Jugez à propos.

D. — Vous êtes contente ?

R. — Mes joies sont comme mes peines, ça veut dire concentrées ; c'est pas du lait condensé.

D. — Pourquoi êtes-vous contente ?

R. — Puisque je suis à Ste-Anne, c'est de voir les miens.

D. — Vous n'avez pas de famille à Ste-Anne, voyons.

R. — C'est la grande communauté.

Alors, M. R..., vous êtes du Nord ? Ce n'est pas tout à fait du côté de Grenoble.

D. — Vous ne mangez pas suffisamment. Pourquoi ?

R. — Ah ! je ne mange pas, vous croyez. Tiens ! tiens !

D. — Avez-vous de gros ennuis maintenant ?

R. — J'ai la réverbération du soleil. Ce n'est pas le bec de gaz. Pour les becs Auer, je sais m'en servir.

D. — Tout le monde a des ennuis, moi aussi.

R. — Je n'en ai aucun. Mon plus grand ennemi, je l'appelai Sultan.

D. — Nous sommes bons amis tous les deux.

R. — Oh ! vous avez une belle bibliothèque. Vous êtes bien de chez vous. Ce ne sont pas vos voisins qui ont des poules. C'est bien vous. Moi, je suis une poule pour sauver la république. Ça ne compte plus ; c'est dans un sac de chiffonniers. C'est marqué au Consulat de chaque combattant.

Combien de temps ai-je à subir la maladie d'aliénée ? Un chapeau noir ne veut pas dire qu'il n'a pas de tête.

Une clé ? Ce n'est pas une nouille qui a inventé cela.

D. — Votre âge ?

R. — Je suis née en 1890.

D. — Cela vous fait quel âge ?

R. — 34 ans.

D. — A l'école jusqu'à quel âge ?

R. — Je faisais l'école buissonnière ; j'allais à l'école de médecine. Vous ne savez pas l'histoire d'Alexandre Dumas. Il a bien sauvé la chandelle.

D. — Vous avez le certificat d'études ?

R. — Je n'ai besoin de rien.

Nous avons laissé quelques détails assez précis donnés par elle sur son passé. Ils se trouvent relatés dans l'histoire de notre malade et sont entrecoupés de quelques sarcasmes.

Reprenons un peu plus bas :

D. — Que faisait votre mari ?

R. — Ah ! quand je me suis mariée, il a fait un beau lot celui-là. Un chevalier de sang ne peut aimer une brûleuse de loups.

D. — Qui avez-vous brûlé ?

R. — Mes cornes.

D. — Depuis quand êtes-vous divorcée ?

R. — Moi, la date, c'est insignifiant.

.....
D. — Pourquoi ne répondez-vous pas ?

R. — Vous me donnez le trac.

Mon nez a la touche d'un nez bull-dog.

D. — Vous n'êtes pas loquace ?

R. — Je n'ai jamais appris.

D. — Vous n'êtes certainement pas heureuse ?

R. — Ça n'a pas d'importance.

D. — Que faisait votre mari ?

R. — Il sortait de la fièvre typhoïde.

D. — Son métier ?

R. — Le vôtre en ce moment, mais avec plus de brutalité.

D. — Quel métier ?

R. — Rendre les morts à leur famille

D. — Avez-vous eu des enfants ?

R. — Comment faut-il faire pour avoir un état civil ?
J'ai un enfant.

D. — Son âge ?

R. — Il a eu 6 ans.

D. — Qui s'en occupe ?

R. — Mes beaux-parents ou l'Assistance Publique.

D. — Cela vous est égal ?

R. — Certainement.

D. — Vous ne l'aimez pas ?

R. — Pourquoi voulez-vous que je l'aime. C'est là-dessus que vous jugez une femme : aimer son enfant.

D. — N'y a-t-il pas quelqu'un qui voulait vous épouser ?

R. — S'il s'en sent le courage celui-là (réticence nette).
Vous connaissez un célibataire ?

D. — On m'a dit qu'un jeune homme vous avez poursuivie un revolver à la main ?

R. — S'il l'avait à la main, il ne l'avait pas au pied. La haine et l'amour, c'est la même chose.

D. — Et votre propriétaire ?

R. — T..., pas avec ce nom-là.

D. — Je ne vous comprends pas ?

R. — Moi non plus. Si j'avais ma tête, je ne serais pas là. Je n'avais pas une tête pour asile d'aliénés.

Au cours de cet interrogatoire, les remarques suivantes ont été faites :

Propos par assonances. Réponse sur un ton froid, glacé. Troubles extrêmes de l'attention. Evocation imparfaite. Réponses à côté. Incohérence fréquente. Pas d'excitation psychique. Eléments de réticence.

Dans un interrogatoire du 7 juin 1924, apparaît une tendance à éluder les questions et à fuir l'examen.

C'est ainsi que surprise feuilletant un carnet, la malade déclare qu'elle cherche une feuille nette et à la demande qu'on lui fait concernant l'usage auquel ce papier est destiné, répond : « ce que vous voudrez ».

Voici quelques exemples de ce genre de réponses :

D. — Comment allez-vous ? Bien ?

R. — Si vous le dites, je le crois.

D. — Quel jour est aujourd'hui ?

R. — Je l'ignore.

D. — Cherchez ?

R. — Toutes les fois que je cherche, je ne trouve pas.

Après insistance, donne une réponse inexacte, mais l'erreur n'est que de peu de jours. On a l'impression, surtout, d'une absence d'efforts, de troubles de l'attention.

D'autres propos montrent une conscience de l'état pathologique, exprimée avec irritation, susceptibilité et parfois bizarrerie. Tels ceux-ci :

D. — Vous ne savez donc pas la date ?

R. — Je perds la mémoire en courant.

D. — Pourquoi perdez-vous la mémoire ?

R. — Je n'ai jamais étudié la médecine.

D. — Etes-vous contente d'être à l'asile ?

R. — Très, très.

D. — Qu'y soigne-t-on ?

R. — Des folles.

D. — Vous êtes folle ?

R. — Absolument.

D. — Vous admettez d'être folle ?

R. — Si vous ne me payez pas, je ne marche pas. Si vous voulez signer un engagement...

D. — Quel engagement ?

R. — « Saine d'esprit »... et, *plus loin* : « Je me rends compte quand je ne parle pas normalement. »

Les autres réponses sont tantôt bizarres, étranges, tantôt absurdes. Certaines compliquées ou assez hermétiques se rapprochent du langage schizophrénique. Ce caractère, déjà

net dans plusieurs des phrases que nous avons citées, apparaîtrait encore en beaucoup d'autres, dont nous prélevons les plus démonstratives :

D. — Où êtes-vous née ?

R. — Je n'y étais pas, je ne peux pas le savoir.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — Pas assez pour faire la muette jusqu'au bout.

D. — Pourquoi ne pas dire votre âge ?

R. — J'en l'ai pas encore. Je l'aurais complet au 24 septembre.

D. — Lequel ?

R. — Ce qui me restera.

D. — Où êtes-vous allée à l'école ?

R. — Nulle part. C'est saint Joseph qui m'a envoyée à l'école ; il a signé pour moi.

D. — Vous savez lire et écrire ?

R. — Sans blague alors ! Je suis capable de vous lancer l'encrier à la tête.

.....
D. — Cela vous ennuie de répondre ?

R. — Ça me changerait de m'embêter.

D. — Avez-vous encore un cousin ?

R. — Oui, G. G., prince des abrutis.

D. — Où habite-t-il ?

R. — A Gr..., maintenant à l'asile Ste-Anne.

D. — Son métier ?

R. — Laisse fortune pour chercher cœur.

.....
D. — Comment s'appelle cet établissement ?

R. — Nous mettrons St-Charles, s'il faut changer de nom.

D. — Comment allez-vous ? vraiment bien ?

R. — Si vous en doutez, écrivez : sol.

D. — Qu'est-ce que cela veut dire ?

R. — Ça veut dire qu'à quatre ans, moi, je savais tout, vous ne saviez rien.

Parfois ce sont des soliloques, comme celui-ci : « Si Mme Millerand tient la chandelle... Mme de Don était nommée reine des poltrons, alors elle ne pouvait signer. »

Il est impossible de ne pas constater l'existence, dans ces propos, d'un élément de jeu qui apparaît surtout dans le fait que les phrases, bien que détournées, conservent toujours un rapport avec la question posée et que les réponses fournissent l'occasion de placer quelques sarcasmes, quelques épithètes ironiques et de donner libre cours à la causticité de la malade.

Ces anomalies dans lesquelles l'ironie, la causticité et

l'assonance ont un rôle manifeste paraissent relever plus de la manie que d'un état schizophrénique dans lequel le symbolisme affectif, la moindre adhésion aux idées de l'interlocuteur et à l'ambiance, une moins grande susceptibilité seraient constatés.

Cependant, quelques jours plus tard, Mme F... interrogée à nouveau, assez longuement, répondait avec une correction et une adaptation parfaite aux circonstances actuelles, à tout ce qui concernait sa santé, sa profession, l'orientation, mais aux questions touchant les circonstances de son internement, elle opposait des réticences, des réponses à côté, même absurdes.

ECRITS DE LA MALADE (*Lors de son internement*)

La plupart des écrits de la malade sont datés. Quelques-uns, cependant, rédigés sur de vieux papiers (débris de journaux illustrés) ne portent pas de date et sont particulièrement incohérents.

Lettre du 29 août 1924. — Ton de confiance un peu triste, faisant allusion à ses déboires réels. Une certaine tendresse. Une certaine crainte y est exprimée seulement à la fin de la lettre que nous citons : « Mon P... chéri, ne t'inquiète pas, suis encore très courageuse quand même. J'ai trouvé M. le D^r B..., député de la Savoie, qui me protège. J'ai une confiance illimitée en lui et ceux qui l'entourent. Si tu crains avoir des ennuis à revenir vers moi reste dans l'ombre, sois certain que je t'oublierai. Te serre fortement.

Petite chérie M. F. »

L'enveloppe est adressée à la poste restante et porte la mention « Franchise militaire » et, au dos, l'adresse de la malade à Ste-Anne.

Le 27 septembre 1924, on constata, en entrant dans la chambre de la malade, que les carreaux de la fenêtre étaient recouverts d'inscriptions et de dessins. En voici le détail qu'elle dicta elle-même avec le plus grand sérieux :

« M.L.A... F..., née à G..., de G.M... F... et son épouse H... C... B..., n'ayant pas du tout du sang de grue, Je peinais beaucoup pour faire face à mes affaires. Toute seule pour payer mon loyer parce que B. m'a chassée de mon foyer par fantaisie puisqu'il ne m'aimait plus, donc A... est mon seul mec qui puisse vous... (éclairer la justice), mais je le connais lâche et sans aucune conscience pour venir me défendre. Je me suis rendu compte sur place que les employés de la mairie de St-Q... avaient trop souffert

pour être restés honnêtes. Je ne suis donc pas fâchée d'être séparée d'eux. Je ne pouvais donner à mon mari ce que je n'avais jamais connu moi-même : richesse, vie joviale en famille.

Je l'approuve d'avoir été si courageux pour épouser sa chère S... Je leur souhaite beaucoup de bonheur en leur demandant de me rendre mon fils et 2.500 fr. nets de pension par mois, afin que je ne vive que pour élever mon petit F..., sans donner l'occasion aux barbauds de la justice de gagner leur pain si peu loyalement (ceci est contre les faux témoins comparus aux procès), tels que G... Je n'ai jamais été propriétaire en nulle part. N'ayez pas peur, Messieurs les juges, de m'aider à prendre ma liberté, je me chargerai moi-même de mes accusateurs...

Donato excuse les imbéciles, il y en a tant. Moi L.F. je suis née pour prier.

Je suis baptisée pour aimer trop sincèrement, les fidèles se font si rares. »

Suit le dessin d'un cœur dans l'intérieur duquel se trouvent des noms. Ce cœur symbolise la foi de la malade et la souffrance qu'elle a endurée : elle a beaucoup souffert de la mort d'un jeune homme qu'elle avait voulu épouser à Marseille, avant la guerre.

« M. T..., veuillez être assez bon pour me trouver un local privé et m'y faire transporter mes bagages qui se trouvent encore dans Paris.

19/9/24, Claude-Reine.

O mon Dieu

que deviendrai-je parmi les insectes nuisibles de la terre, si je n'avais croyance en toi.

Grenoble, Isère, Seine, 23 sept. 1890 à 1924. M.L. »

Suivent des adresses et une réclamation au sujet d'une chambre, accusation contre le gérant qui « voulait que je parte pour en faire une maison de passe. Je me suis laissée charrier comme une grue plutôt que d'accepter son congé, seulement je suis toujours seule et très sérieuse comme vous m'avez connue. Je vous demanderai de me servir de souteneur (sauveteur) pour venir me réclamer clinique du Professeur général fédéral H.C., donc tenez pour ordre que vous pouvez disposer de ma chambre à partir du 22 courant.

Veuillez agréer, Monsieur, mes plus respectueuses salutations françaises.

M.L.F. »

Le 7 octobre 1934 — Ecrits en vers

Souvenir de mon séjour à Ste-Anne

1

C'est pour ton charme que je t'aime
Pour ton charme tendre et discret
Comme un portrait blond de Lancret
Comme un lys au reflet d'or blême
C'est, etc...

2

C'est ton sourire que j'adore
Plus doux que le beau soir d'été
Mystérieux et velouté
Comme un baiser qui veut éclore
C'est ton, etc...

3

J'aime ta voix qui psalmodie
Ta voix si tendre qu'on dirait
Un rêve lent qui chanterait
Quelques lointaines mélodies,
J'aime, etc...

4

Ce que j'aime en toi c'est ton âme
L'âme où rayonne ta beauté
L'âme éparsant ta volupté
Lorsque j'étreins ton corps de femme
Je t'aime de toute mon âme.

5

Ce que j'aime le plus que tout au monde
C'est la blancheur de ton pâle teint,
Pâle comme un désir éteint,
Comme une extase d'âme blonde,
Je t'aime plus que tout au monde.

Ce poème est entouré de petits carrés contenant chacun un dessin. Ces dessins représentent plusieurs des médecins qui la traitent, elle-même et son fils, tous munis d'attributs symboliques. Ceux-ci sont assez difficiles à deviner actuellement. Un des carrés contient, à la place d'un portrait, le soleil. Au dos, se trouve une prière :

« Sainte Vierge Marie, ma maman chérie du ciel, je vais partir malgré moi hors de ma patrie ; R.F. Guidez-moi, protégez tous nos hommes sans omettre même ceux qui ont trahi. Le bon Dieu lui-même a eu tort (sic) de nous négliger. Aidez-lui à nous remettre dans le bon chemin. »

Et, en plus petits caractères : « faites que l'enfant qui est dans mon sein soit une fille ».

Relevé d'inscriptions, le 8 octobre 1924. — Au Procureur de la République.

Merci aux collaborateurs de M. le Professeur H. C. de m'avoir rendu ma santé primaire et mon tout moi, ce qui doit faire honneur à mon fils et à ma chère famille. Je vous suis fidèle et entièrement dévouée. J'ai tant pleuré pendant la terrible guerre. Je vais vers l'avenir A.XIII (cela signifie que la malade adoptera l'attitude de l'Espagne, en cas de conflit, c'est-à-dire la neutralité).

Le bon Dieu est un être invisible qui vient en moi, lorsque j'écris, comme lumière des justes. Marion, Marionne.

Que les enfants de mes deux contremaitres soient unis. Cla. couplet (?), de mon patron M. P.G. (suit l'adresse).

Signé : Ex-pucelle, fidèle hirondelle (c'est moi).

Dieu tout-puissant, protégez tous ceux que j'aime et, particulièrement ceux qui m'aiment aussi. Mais veuillez me les faire connaître et éloigner cette jalousie si mal placée. Je te demanderai en un mot l'amour fou, confiant que j'ai déjà connu ? Pour ma peine te chercherai encore des ingrats pour les convertir. Ils sont tant à plaindre. Je dois t'avouer qu'il m'arrive parfois de douter de toi, mais suis si malheureuse après, ne sait comment me faire pardonner. Je veux deux mille cinq cents francs de rentes par mois, mon fils, un Joseph (père nourricier pour mon fils) et puis ça ira, je te ficheraï la paix.

M.L.F.

Avis. Les voleurs sont priés de ne rien toucher ici. Ces objets ne m'appartiennent pas. C'est à l'administration, et je moucharde. Moi M.L.F., née le, etc... Prière à M. le Receveur de la Poste centrale de Paris, de bien vouloir m'envoyer mon courrier et d'agréer mes vifs sentiments de reconnaissance, en punissant très sévèrement les *mesinterprètes* qui confisquent colis et lettres ne leur appartenant pas.

M.L.F.

Une inscription de la malade concerne l'état civil de son fils ; le nom du père est accompagné du qualificatif « feu » suivi de l'explication suivante : « parce qu'il ne nous est plus rien — ne compte plus pour nous — a été trop vache ».

Lettre à son père datée du 9 novembre 1924, dont nous respectons l'orthographe et l'absence de ponctuation :

« Mon cher Papa, je prie beaucoup pour Toi, mais c'est plutôt pour ne pas en perdre l'habitude Je suis bien loin de te pardonner tu ne le mérite pas surtout pour ce que a

servie ta république tu aurais bien mieux fait de faire comme tes copains, vivre pour m'élever comme il faut sans laisser faire de moi 1 chacalesse de la France encore si tu avais survécu à cette honte que je puisse te dorloter dans tes vieux jours car je me suis rendue cte (compte) que c'était partout comme chez nous seulement ils ne le disent pas ça se sait mais c'est plus fort de couvrir les péchés mignons des siens que de faire rire jury. »

Au dos de cette lettre est un dessin représentant plusieurs personnes, dont elle-même, à sa sortie de pension, caressant le menton d'un homme en chemise. Celui-ci lève les bras et dans une main tient une bouteille portant l'inscription « vie » ; l'inscription qui l'avoisine est composée de ces mots « le Père » et en lettres un peu plus petites « une couille ». Un autre personnage représente sans doute sa mère. Un petit enfant est son fils. Les inscriptions accompagnant ces dessins sont, les unes, plus ou moins explicatives, les autres, sans rapport compréhensible pour nous, avec eux ; certaines paraissent placées en vertu peut-être de leur consonnance : « vipère a 6 as vert, la Sainte famille des Corbeaux », ce dernier titre paraissant désigner l'ensemble des représentations graphiques.

Une graine de sycamore est passée en travers de la feuille, à sa partie supérieure.

1^{er} décembre 1924, lettre d'une large écriture à un personnage auquel elle confie son fils, ainsi libellée :

« Monsieur jusqu'ici j'ai eu à faire à une bande de faux jetons et de moules, je n'ai jamais voulu croire que la France était Vache chacun a l'amour propre de sa patrie je suis pardonnable j'ai toujours été dupée par la clique qui devait faire mon droit sauf la garde républicaine j'avais omis cette idée si vous avez un perchoir gardez mon fils avec vous jusqu'à ma sortie qui j'espère ne saurait tarder.

« Très à vous. »

Au dos de cette même missive, une lettre adressée à la personne ayant jusqu'alors la garde de son fils et dans laquelle éclate son optimisme :

« Je suis complètement remise. Dieu a permis au cœur d'une vraie maman de triompher de personnes sans conscience qui font un martyr d'un enfant qui ne leur appartient pas et qui par intérêts abusent de la situation d'une *femme française qui a tout sacrifié* pour rester libre avec les idées que son père lui a soudé en l'âme sur ce je vous prie Madame de vouloir remettre mon fils F... B... à cet étranger mon fiancé... »

Le lendemain, une note datée et écrite en grandes lettres,

transversalement par rapport au papier, semblait destinée à être remise vite et secrètement à un même fiancé. On y lit : « Solide amitié de la liberté sous presse menottée » et en une sorte de port-scriptum, « ne pas oublier le pourboire des employés des P.-T.-T.-Conseils ».

Du même jour, une lettre à une de ses tantes à qui elle fait part d'intentions : « ...tu sais combien la politique de mon père m'a fait du tort dans ma vie, aussi je suis décidée à me faire naturaliser italienne pour, au cas où je me remarierais, rester au moins avec une situation, si l'individu élu change d'avis, tel que l'as B... »

En janvier 1925, l'allure générale des écrits change. Le graphisme devient plus normal, les lettres sont moins grandes.

Leur ton affectif semble porter, par moments, la marque d'un léger état dépressif, bien qu'y apparaissent encore certaines incongruités ou grossièretés qui viennent entrecouper des pensées presque édifiantes.

L'une de ces lettres paraît exprimer des sentiments de condoléances à une amie qu'un deuil vient sans doute de frapper.

Dans cette lettre, elle fait allusion à sa propre mère défunte, qu'elle se reproche de n'avoir pas su rendre heureuse de son vivant, puis elle manifeste des idées de redressement moral vis-à-vis de jeunes ouvrières qui travaillaient sous ses ordres dans la couture. L'enchaînement entre les thèmes est assez soumis au hasard d'une association quelconque et peu logique.

Le lendemain fut écrite une sorte d'adresse, de prière à sa mère pour lui demander de veiller sur elle et son fils. La malade se excuse de n'avoir pas fait dire de messes pour sa mère, en invoquant son internement, mais, au dos du même papier, se trouvent encore un texte déclamatoire et, dans une allusion aux médecins du service, quelques calembours.

Le 12 janvier 1925, une plainte est adressée par la malade au commissaire de police du 14^e arrondissement « pour coups et blessures reçus par des infirmières au moindre geste et propos, soit d'une malade ou de leur surveillante ». Puis elle expose sa situation actuelle, ce que fut sa vie depuis son mariage, les nombreuses places dans lesquelles elle entra et d'où souvent elle partit pour des raisons variables, mais parmi lesquelles son caractère semble avoir joué un rôle important. Toutes ces récriminations sont exposées sans beaucoup d'ordre, ni lien précis, et contiennent des redites et des détails bien accessoires.

Le dossier ne contient plus d'écrits autres qu'une lettre datée du 10 mai 1925, 22 heures, et adressée au chef de ser-

vice. Elle y manifeste des préoccupations délirantes, aussi la reproduisons-nous textuellement :

« Monsieur, vous ne devez pas ignorer que j'ai mis au monde un enfant depuis que je... ici. Puisque je vais vers le mieux et suis raisonnable maintenant, je pense que vous ne refuserez pas de me donner des explications sur cet enfant, je crains qu'il soit déclaré sous un autre nom que le mien et surtout mis à l'Assistance, ce que je ne voudrais pour rien au monde ; d'ailleurs, la déclaration a dû être faite à la mairie du 14^e et R..., qui était chef de clinique à ce moment, me doit des rendements de comptes, en tous les cas, je n'abandonne pas cet enfant.

« Monsieur le professeur, je vous en prie, ne me laissez pas plus longtemps dans cette inquiétude, vous savez les ennuis que j'ai déjà pour mon petit F... Je vous renouvelle que c'est volontairement que j'ai voulu un *enfant de père inconnu*, j'avais trop souffert de mon procès et de craindre que mon fils ne soit enlevé par mon ex-mari ; je voulais donc celui-ci à moi seule.

« Je crois deviner une nouvelle grossesse et je crois que c'est cela qui est salutaire pour ma santé ; après avoir été malade de l'entérococolite en 18, la grossesse de mon fils m'aurait sauvée.

« Recevez, etc... »

Nous étudierons plus loin les réponses faites par la malade et qui réalisent parfois le symptôme des réponses absurdes. Un grand nombre, par le « jeu » qu'elles représentent et les assonances qui s'y trouvent, ont une apparence assez nettement maniaque.

Les écrits sont nettement d'allure maniaque par le graphisme fait de grandes lettres, par les suscriptions et surcharges. L'excitation s'y manifeste encore dans le contenu, d'ailleurs assez facilement compréhensible. La causticité y est fréquente.

Cependant une analyse plus précise permet de constater certains faits qui s'apparentent plus ou moins à des troubles du langage. Suivant la hiérarchie établie par HEAD, nous ne constatons guère de *troubles verbaux*, autres que l'absence de certains mots qui, systématique parfois (1) ou accidentelle, nous paraît plutôt une conséquence du jeu ou de la fuite des idées.

(1) Suppression systématique du pronom « je » dans une prière, accidentelle de l'article à la fin d'une lettre, etc...

Parmi les troubles *nominaux*, nous ne relevons pas d'altération véritable du sens des mots, mais une extension, parfois exagérée, de certains, et dans laquelle l'assonance joue un rôle (souteneur, sauveteur). Un néologisme (mésinterprète) est facilement compréhensible et bien adapté au sens que la malade veut lui donner.

Les troubles *grammaticaux* sont minimes, malgré l'absence de ponctuation, que suffit à expliquer la hâte maniaque, et qui n'empêche pas de retrouver l'enchaînement des propositions. Mais, en plusieurs écrits, apparaît l'enchaînement par assonances, en des parties de l'écrit où cet enchaînement ne détruit pas le sens de la phrase et peut-être ajouté par le jeu maniaque comme un ornement, une fioriture.

Ainsi la signature d'un écrit est accompagnée des mots : « Ex-pucelle, fidèle hirondelle... » ou la terminaison d'un autre par ceux-ci : « Marion, Marionne ».

Parfois l'irruption d'un mot bref, condensation d'une pensée, remplace une incidente. Par exemple, le mot « feu » suivant le nom de son mari et signifiant, aux dires de la malade, qu'il n'est maintenant plus rien pour elle.

La *sémantique* ne paraît pas excessivement troublée, malgré la présence de propositions difficiles à comprendre. Nous avons déjà parlé de la condensation, à propos des mots résumant toute une proposition. En voici encore un exemple, qui semble davantage d'ordre sémantique, et où une agglutination paraît se faire entre le souvenir de la guerre et les propres conflits domestiques de la malade. Après avoir, dans une inscription sur le mur adressée au Procureur, demandé sa sortie, elle écrit, pour apitoyer davantage peut-être, mais sans rapport immédiat avec le sujet : « J'ai tant pleuré pendant la terrible guerre », puis comme une résolution « Je vais vers *l'avenir Alphonse XIII* » ce qui veut dire qu'elle adoptera, en cas de conflit, l'attitude de l'Espagne, la neutralité. On ne peut s'empêcher, dans ce cas, de penser qu'une intrusion de la pensée affective dans un texte, dont la tenue par ailleurs est correcte, est venue donner à la lettre un aspect moins cohérent. La malade,

en effet, parle dans les lignes qui précèdent « de sa chère famille » et de son « fils » et, immédiatement, par un enchaînement compréhensible, ont dû surgir les souffrances endurées au cours de conflits familiaux, tant dans sa famille parentale, que dans son ménage propre. Elle paraît résolue à éviter tout nouveau conflit. Peut-être cette idée a-t-elle évoqué la guerre et l'agglutination des images s'est-elle poursuivie dans la proposition suivante où déjà elle devient d'un symbolisme plus hermétique.

Rapprochons ce fait du contenu d'une autre inscription relevée le même jour et qui est la suivante : « Le bon Dieu est un être invisible qui vient en moi, seul, lorsque j'écris, comme lumière des justes, Marion, Marionne. » Ces écrits nous apparaissent bien, en effet, du type « écrits inspirés » ou « schizographiques » décrits avec beaucoup de précision par LÉVY-VALENSI, MIGAULT et LACAN (1). Mais chez Marie-Louise F., l'élément de jeu et l'élément sthénique semblent nettement prépondérants tandis que l'élément déficitaire, à la faveur duquel la pensée automatique supplée la pensée dirigée, paraît discutable ou léger.

Notons que chez le malade des auteurs que nous citons, et peut-être plus encore chez notre malade, le rythme a un rôle essentiel (2).

Mais malgré ces troubles déficitaires légers, nous n'observons guère de Stéréotypies.

Les caractères que souligne l'analyse du texte nous paraissent en accord avec l'excitation maniaque. Sans doute, les signes d'un certain déficit y apparaissent-ils ? Mais celui-ci semble très inconstant et n'être pas sans rapport avec la fuite des idées. En effet, la conversation avec le maniaque met en évidence un défaut d'attention, qui contraste avec l'appréhension précise et intense de bien des détails. Peut-être, cependant, tous les écrits maniaques ne présentent-ils pas ce caractère déficitaire ? Si le défaut de ponctuation y est habituel aussi, si l'en-

(1) LÉVY-VALENSI, MIGAULT et LACAN : Ecrits « inspirés », Schizographie. *Ann. Méd.-Psych.*, déc. 1931.

(2) Poésie, sentence, phrase lapidaire...

châinement entre les propositions se fait plutôt par assonance que par la continuité du sens, l'inclusion brusque de mots ou d'expressions, de caractère plus automatique, s'y fait plus rare, mais s'observe néanmoins. L'accentuation, chez notre malade, du caractère déficitaire doit évidemment diriger notre pensée vers l'existence possible d'une certaine dissociation, ce qui est en accord avec un certain nombre de symptômes observés chez elle et avec la confusion mentale qui marque le début de l'accès.

Mais l'ensemble des écrits est cependant bien différent de la schizographie. Si, par moments, l'inclusion de la pensée automatique apparaît chez Marie-Louise F..., c'est bien d'une manière transitoire et lorsque la pensée à exprimer est déjà formulée. Il semble qu'elle laisse alors s'ajouter, comme un ornement phonétique, quelque inspiration venue des profondeurs. Il est à noter que ces éléments ont plutôt le caractère « d'adjonction » que celui « d'inclusion » ou de « substitution » qu'ils revêtent chez le malade de LÉVY-VALENSI, MIGAULT et LACAN.

L'analyse de ces écrits, si elle nous renseigne sur le contenu délirant s'y trouvant parfois exprimé, ne nous montre pas dans les jeux verbaux eux-mêmes (assonances, etc...), un mécanisme délirant, une sorte de raisonnement avec « perte localisée du sens critique ». GUIRAUD a publié, en 1921, un article très intéressant sur « les formes verbales de l'interprétation délirante » montrant comment la « simple analogie du son des mots » permet au malade de passer « à l'identité des choses qu'ils représentent ».

Nous avons insisté sur les caractères de ces écrits car nous avons eu la chance d'en trouver un assez grand nombre dans le dossier de cette malade qui, réticente et érudant les questions, se prêtait difficilement à toute exploration de sa personnalité. C'est pourquoi nous les avons reproduits ici, surtout à cause de leur contenu, l'analyse de leur forme ayant surtout un but de diagnostic différentiel. D'ailleurs, en le paragraphe sémantique, le contenu déjà est analysé au moment de prendre forme.

Développement de la personnalité et régression.

Avant d'aborder certains points de diagnostic que soulèvent encore les caractères inhabituels dans la manie présentés par ce cas, nous voudrions grouper certains faits concernant l'ensemble de la personnalité de la malade et qui paraissent en rapport avec le développement de celle-ci. Ils apparaissent en maints traits de sa vie sexuelle, de son comportement, dans la phénoménologie de ses désirs, de ses écrits, de son délire.

Aucune exploration de type psychanalytique ne pouvait être faite chez cette malade, qui présentait une attitude exactement inverse de celle qu'on eût souhaitée pour un pareil examen. Lors d'un premier internement, elle fut soumise à l'éthérisation qui révéla, ce que plus tard elle exprima dans ses écrits et dans son délire, c'est-à-dire, un ensemble de préoccupations concernant son fils, ses malheurs conjugaux... mais non les complexes affectifs plus anciens.

Cependant, malgré ce défaut de matériel, nous pouvons rassembler un certain nombre de faits en rapport avec les événements familiaux et de documents, tels que les dessins, où certaines situations familiales sont parfois représentées.

Reprenons donc certains points de son histoire.

Développement : Il s'agit d'une fille unique, livrée à elle-même, dont l'enfance fut espiègle. Désaccord entre les parents, l'enfant ayant deux ans et demi lorsqu'ils se séparèrent, le père ayant une maîtresse. M. L. vécut avec sa mère, qui devint alcoolique ; revit son père ; fut pensionnaire dans un couvent de 14 à 17 ans, époque à laquelle ses parents reprirent la vie commune. A cette même époque, elle avait écrit à son père pour la faire sortir du couvent. Ces événements paraissent avoir profondément troublé l'enfant.

Vie sexuelle : Premier attachement avant la guerre avec un jeune homme mort avant réalisation de l'union. Grand chagrin. Mariage après la guerre avec un homme plus jeune qu'elle (un freluquet plein d'orgueil, filleul de guerre de sa tante qu'elle jalousait à cause des attentions dont sa tante l'entourait). Elle contracte mariage pour résoudre cette situation.

Rapidement un garçon naquit de cette union.

Désaccord rapide avec le mari ; jalousie ; il avait une autre femme. Elle quitta le domicile conjugal. Le mari demanda le divorce et l'obtint après deux ans de mariage. L'enfant fut confié à la mère. Celle-ci souffrit beaucoup de la situation. Des scènes nombreuses eurent lieu. La rencontre fortuite du mari provoqua une forte émotion. Un essai de rapprochement fait par elle n'eut pas de résultat.

Assez courtisée, elle eut plusieurs aventures et refusa d'épouser un amant plus jeune qu'elle de 10 ans, à cause de la différence d'âge. Celui-ci la menaça d'un revolver. Demandée en mariage, avec insistance, par le propriétaire de l'hôtel, elle opposa un refus.

En général, ses liaisons furent sans attachement. Frigidité habituelle.

Le désir d'avoir un enfant de père inconnu avait été exprimé dès avant mariage et fut réalisé dans le délire.

Nous ne pouvons éviter de rapprocher le rôle qu'ont dû jouer les conflits familiaux de certains faits observés chez notre malade. La lettre, datant du 9 novembre 1924, nous paraît caractéristique. La malade y reproche à son père de l'avoir abandonnée, de n'avoir su l'élever comme il fallait et regrette de ne pas pouvoir le dorloter dans ses vieux jours. Au dos de cette lettre est le dessin que nous avons décrit et où apparaît un symbolisme, en certains points, non douteux. Ce dessin est intitulé la Sainte Famille des Corbeaux, à sa sortie de pension (époque à laquelle, âgée de 17 ans, elle avait écrit à son père de la faire sortir et à laquelle ses parents se trouvèrent à nouveau réunis). La fille (Marie-Louise elle-même) tient le menton de son père. Le père est en chemise et brandit, au bout d'un bras levé, une bouteille, sur laquelle est écrit le mot « vie ». Il nous paraît inutile d'insister sur le symbolisme sexuel incontestable et lié à l'image du père que contient ce dessin. La mère est un peu à l'écart. Nous devons noter que l'enfant futur de la jeune fille est représenté sur le dessin. C'est peu après cette époque que la malade désira, pour la première fois, avoir un enfant de père inconnu, désir qui reparut au cours de sa maladie et aux environs de la date à laquelle fut exécuté ce dessin.

Le petit poème que nous avons cité est entouré de

figures dont celle du chef de clinique dont elle se prétendait enceinte. L'une des figures représente le Soleil constitué d'un face ronde et de rayons. Peut-être faut-il voir là une représentation du père ?

L'existence d'un complexe paternel et d'une régression au stade œdipien est un fait qui a été signalé, dans la psychose maniaque-dépressive, par divers auteurs, en particulier BINSWANGER dans l'« Ideenflucht » et Paul SCHILDER (1), dans un article écrit en langue anglaise sur les psychoses dépressives.

Dans la conduite de cette malade, la fréquence des liaisons sans attachement, la frigidité habituelle, l'agressivité contre le mari sont à retenir comme signes probables d'une *inversion sexuelle* psychique. Celle-ci a été signalée par les psychanalystes dans de nombreux cas de pychonévroses et, en particulier, dans la Paranoïa.

D'un point de vue purement clinique, elle a été signalée par PETIT dans une publication récente. L'auteur rapproche, d'une part, le fait « que la psychanalyse associe, dans un même mécanisme originel, homosexualité et paranoïa », et, d'autre part, « les combinaisons fréquentes que la clinique permet d'observer entre l'excitation maniaque, la paranoïa et les tendances homosexuelles ». HUMBERT, dans sa thèse, donne plusieurs exemples de manifestations cliniques d'homosexualité dans la manie et la cyclothymie.

Le petit poème que nous avons cité est conforme à ces tendances, comme le montre le distique :

« Lorsque j'étreins ton corps de femme
« Je t'aime de toute mon âme. »

L'étude, dans le sens psychanalytique, de la personnalité de notre malade nous paraît contenir aussi certains traits narcissiques. Le désir d'un enfant sans père, la suppression du mari (feu) peuvent être interprétés dans ce sens et comme traduisant une agressivité caractéristique contre le sexe opposé.

Pour ABRAHAM, la psychose maniaque-dépressive cons-

(1) Paul SCHILDER : Particular types of depressive psychoses. *The Journ. of Neu. and ment. dis.*, vol. 80, 1934, t. 2.

tituerait une régression narcissique au stade oral tardif, avec incorporation totale de l'objet, et se placerait entre la schizophrénie et la paranoïa. Il semble que, chez notre malade, la régression subisse, suivant les périodes, une sorte d'oscillation, avec la psychose maniaque-dépressive comme centre, allant d'une régression parfois plus prononcée à une autre moins accentuée.

Chez Marie-Louise F..., les éléments de caractère régressif sont trop épars, trop peu nombreux pour que nous puissions faire autre chose que de les constater grossièrement, cliniquement et non analytiquement, sans pouvoir trouver le lien compréhensif qui les unisse et nous en fasse saisir la genèse.

En résumé, l'histoire pathologique de cette malade est complexe. Le premier internement eut lieu lors d'un *état confusionnel* avec anxiété, qui dura quelques jours, et auquel succéda une agitation maniaque avec « *réponses à côté* ». A ce moment, le diagnostic se posait avec la démence précoce, à cause de l'incohérence de ses réponses ; cependant, d'autres réponses et d'autres propos se révélaient, ainsi que certains traits du comportement, comme étant de type maniaque. D'ailleurs, une période plus *franchement maniaque* succéda à cette phase ambiguë. De nombreux écrits, datant de cette époque, témoignent, par le contenu, la forme et le graphisme, du caractère hyperthymique de leur production. Enfin, un *délire de type paranoïaque* bien systématisé marqua la fin de la période morbide et se termina avec elle.

Le second internement coïncida avec une *excitation maniaque*, accompagnée d'anxiété et d'*idées délirantes d'influence* mal systématisées.

Le troisième internement fut provoqué à l'occasion d'un syndrome d'influence avec hypomanie. On parla d'*états mixtes* et la discordance fut discutée. Peu avant la sortie, la malade fut considérée comme hypomaniaque.

Le quatrième internement fut marqué par un *état maniaque* avec ironie, opposition, *propos inadéquats*.

Puis, l'excitation diminue et fit place à un état prolongé, qui dure encore, de traits hypomaniaques avec mauvaise humeur, ironie, colère, réticences et troubles du caractère, tandis que l'excitation s'atténue.

L'aspect clinique, le comportement, les attitudes de la malade nous permettaient encore récemment de la considérer comme maniaque. Les différents tableaux cliniques que nous avons signalés sont-ils compatibles avec le diagnostic de psychose maniaque-dépressive ?

1° Symptôme des « réponses à côté ».

Les réticences et les absurdités que l'on constate parmi les réponses de cette malade ne sont pas constantes. Il existe, en effet, des réponses bien adaptées, cohérentes. D'autres sont notées, où la causticité, la mauvaise humeur apparaissent. Mais, à certaines questions, des « réponses à côté », des réponses absurdes sont rétorquées. Le symptôme des réponses à côté a été individualisé pour la première fois par GANSER à propos des états crépusculaires de l'hystérie. Depuis, il a été trouvé par de nombreux auteurs dans les états psychopathiques les plus divers et, en particulier, dans la démence précoce où l'impression de dissociation intellectuelle qu'il donne s'accorde avec les caractères classiques de cette maladie. La constatation de ce symptôme, chez cette malade qui, par ailleurs, se présentait comme une maniaque et semble pouvoir, actuellement, être considérée comme un cas de manie intermittente, inspira à CLAUDE et ROBIN d'étudier, à propos de ce cas, le mécanisme psychologique des « réponses à côté ».

Ces auteurs, dans un article paru à l'Encéphale, en 1910, sous le titre « Considérations sur le symptôme des « Réponses à côté » et ses rapports avec les complexes affectifs », présentent les réponses faites par la malade, au cours des divers interrogatoires dont nous avons relevé les comptes rendus.

Ces réponses sont classées par eux en trois catégories. Les unes sont franchement maniaques, faites sur un ton de plaisanterie, de moquerie, et pleines de propos par assonances.

« Dans le deuxième groupe, écrivent ces auteurs, nous sommes en présence d'une réticence beaucoup plus apparente, beaucoup plus franche : les réponses et l'attitude de la malade montrent que l'interrogation a été comprise et que Marie-Louise F... n'a pas voulu répondre directement. Certes, la nature de cette réticence ne nous paraît pas tenir dans la seule volonté de ne pas répondre. Il nous semble que des éléments de défense instinctive, d'affectivité inconsciente chargée d'un lourd potentiel sous l'influence du trauma récent, doivent s'ajouter, pour l'expliquer, aux éléments volitionnels, lesquels sont ici, du reste, prépondérants.

« Les propos du troisième groupe peuvent faire penser à des propos maniaques, mais leur incohérence sans excitation psychique au moment où nous les avons relevés, dépasse ce qu'on a accoutumé de constater en pareil cas... l'absurdité incohérente paraît pouvoir être rattachée, d'une part, aux éléments inconscients de la réticence, d'autre part, et surtout, à une dissociation psychique légère qui serait, dans l'espèce, de nature affective.

« Cette dissociation psychique a, du reste un caractère spécial. Nous avons vu que la malade est capable de fournir, à certains moments, des réponses pertinentes, qu'elle n'a rien perdu de ses souvenirs, qu'elle donne des renseignements cohérents et exacts sur son passé et ses préoccupations présentes. La dissociation serait plutôt la conséquence des troubles de l'attention tels que la malade serait tout entière tournée vers son « autisme » bouleversé par un complexe récent.

« En résumé, les troubles paralogiques consistent surtout en réponses à côtés, presque toujours sur le mode ironique, et les éléments d'hypomanie, de réticence, de dissociation psychique semblent s'être plus ou moins combinés pour les produire. On peut affirmer au moins que la malade présente le symptôme de GANSER, c'est-à-dire le symptôme des réponses à côté. Les quatre modalités de syndrome de GANSER ne sont pas ici réalisées. Quant au symptôme des réponses à côté,

nous pensons, comme DENY, que c'est « une forme larvée de mutisme » qui peut se ranger parmi les phénomènes de négativisme... »

Il est évident pour les auteurs que le symptôme des réponses absurdes apparaît ici comme une forme d'opposition, de négativisme, traduisant, selon l'expression de CHASLIN, « un sentiment de protection, de défense contre l'intrusion étrangère dans la personnalité du malade ou de l'anormal, intrusion qui est désagréable pour différentes raisons ».

Il leur semble que cette attitude pourrait être rapprochée de celle de l'hystérique et que les conceptions que CLAUDE a émises au sujet de l'hystérie puissent apporter une explication de ce fait. Citons la définition de l'hystérie donnée par CLAUDE (1) et qui est rapportée dans l'article auquel nous faisons allusion : L'hystérie « tire son caractère propre de la faculté qu'acquiert le sujet d'isoler, d'une façon consciente ou inconsciente, certaines perceptions ou certaines conceptions et de leur laisser prendre, pendant un temps plus ou moins long, en dehors de l'activité psychique supérieure, une importance telle qu'elles exercent une influence dynamogénique sur certaines fonctions, et cela aux dépens d'autres perceptions ou conceptions laissées dans l'ombre ».

Le symptôme de GANSER réalise le désir « de fuir un état affectif désagréable, en se servant d'un refuge maniaque conventionnel », écrivent ces auteurs qui supposent, sous cette réaction hystérique, une psychose sous-jacente, mais ils pensent que l'émotion n'est pas étrangère à l'éclosion des accidents névropathiques.

L'examen approfondi, à la faveur d'une psychothérapie patiente et de l'éthérisation, a révélé la peine que la malade avait éprouvée de voir son mariage dissocié par l'infidélité de son mari, et surtout son attachement à son enfant, et ses craintes pour la sécurité de cet enfant, qui lui inspiraient même quelques conceptions délirantes.

Il semblait aux auteurs qu'ils étaient « en présence d'un état psychogénétique, d'une forme spéciale et fré-

(1) CLAUDE : Rapport au Congrès de Genève, 1907.

quente... de psychose émotive ou hystéro-émotive ». Le symptôme de GANSER leur paraît plutôt « qu'une tournure d'esprit personnelle », selon l'expression de DUPRÉ, un moyen de défense du psychisme. La guérison de la malade était également en faveur d'un état réactionnel. Cependant, CLAUDE et ROBIN réservaient le pronostic, craignant que la malade, ne voulant « rien livrer de son noyau profond » et de plus en plus tournée vers son autisme, ne versât « dans cet état que nous avons appelé l'état schizomaniac, la personnalité étant dissociée entre l'activité pratique absolument négligée et l'activité intellectuelle vivant pour son propre compte. C'est l'évolution que nous envisageons si la guérison sur laquelle nous comptons ne doit pas arriver ».

La sortie de la malade, après une période plus nettement maniaque, il est vrai, et un délire que nous avons cité, plaiderait en faveur du diagnostic de psychose hystéro-émotive, psychose réactionnelle à la suite d'une « Erlebnis » particulièrement pénible. En effet, la malade reprit ses occupations et mena une vie normale.

Les nouveaux accès, par leur côté atypique, par la persistance ou la réapparition de préoccupations en rapport avec l'« Erlebnis » initiale, sans leur extériorisation, pouvaient faire adopter plutôt le second. D'autre part, le comportement, l'état de l'humeur permettent de poser le diagnostic de manie. Peut-être est-ce simplement une proportion plus ou moins grande d'un élément ou de l'autre (préoccupations quasi-autistiques-hyperthymie) qui fera classer la malade dans la Schizomanie de CLAUDE ou dans la psychose maniaque-dépressive.

Personnellement, notre tendance serait de la conserver dans le cadre de la psychose maniaque-dépressive pour les raisons suivantes :

1° Le caractère parcellaire — en rapport avec un complexe affectif — de l'intériorisation qui n'entraîne pas toute la personnalité. Celle-ci réagit, peut-être, par cet état d'humeur et cette causticité à l'égard de l'ambiance précisément parce qu'elle n'est pas soumise à une dissociation schizophrénique.

2° D'une part, le caractère névrotique, réactionnel du symptôme des réponses à côté et le caractère purement fonctionnel et émotif de la dissociation apparente ainsi créée, démontrés par CLAUDE et ROBIN ; d'autre part, les autres ensembles psychopathiques observés chez cette même malade, toutes choses nous apparaissant comme compatibles avec une psychose maniaque-dépressive.

Nous avons vu la parfaite adaptation à l'ambiance de la malade, son excellent comportement dans l'intervalle des accès. Ses attitudes, sa causticité nous sont compréhensibles ; et l'attitude des réponses absurdes, si elle ne nous est pas accessible dans les termes même par laquelle elle s'exprime, nous est compréhensible en tant que réaction, ainsi que le montre l'analyse approfondie qu'ont faite, de ce cas, CLAUDE et ROBIN, analyse qui, plus approfondie encore par la méthode de FREUD, eût permis, sans doute, de trouver un sens aux paroles « à côté ».

2° Délires.

Lors du premier internement, la malade exprimait le délire suivant : Elle était enceinte lors de son arrivée dans le service ; l'anesthésie lui fut donnée pour l'accoucher et, lors d'une seconde éthérisation, elle fut de nouveau fécondée.

Dans une lettre adressée, peu de temps après, au chef de service, elle le remercie et exprime sa joie d'avoir un enfant de père inconnu. Ce désir avait été déjà exprimé par elle autrefois, avant son mariage.

Ce délire, qui dura 4 mois, peut être considéré comme lié à l'accès maniaque puisqu'il apparut au décours de celui-ci et fut passager. Par l'ensemble compréhensible qu'il forme, il peut être considéré comme de type paranoïaque et, par conséquent, comme exempt de toute dissociation de la personnalité provoquée par un processus.

Les rapports des délires et de la psychose maniaque-dépressive sont choses assez connues pour qu'il ne nous soit pas nécessaire d'établir leur compatibilité. Rappelons quelques-uns des nombreux travaux qui traitent ce sujet.

Parmi les tendances doctrinales qu'ils contiennent, on peut en constater deux : celle de l'association des psychoses soutenue par MASSELOU et son élève BESSIÈRE, et celle d'un rapport génétique entre la paranoïa et les oscillations cyclothymiques, soutenue par presque tous les autres auteurs. Cette dernière tendance va, pour certains, jusqu'à faire dépendre la pathogénie essentielle de la paranoïa des variations holothymes (SPECHT, EWALD). D'autres auteurs et, en particulier, ANGLADE et DUBOURDEU, orientent leurs recherches dans ce sens. LACAN, dans un chapitre de sa thèse consacré à ce sujet, après avoir souligné ces tendances, signale la nécessité de « distinguer, avec BLEULER, le trouble *global* de l'humeur, dépressif ou hypersthénique, ou variation affective holothymique, et les états affectifs *liés à certains complexes* représentatifs, qui représentent une situation vitale déterminée, ou variation affective *cata-thymique* ».

Rappelons la discussion du cas, publié par BOSTROEM en 1916. Pour cet auteur, la malade méfiante et « sensitive » était atteinte d'un délire d'interprétation avec périodes de relative lucidité et phénomènes maniaco-dépressifs. KRÆPELIN en faisait plutôt un cas de paranoïa d'involution.

Le fait de la coexistence des états paranoïaques et de la psychose maniaque-dépressive fut signalé par de nombreux auteurs en maintes publications. RÉGIS, SÉGLAS, LALANNE, SÉRIEUX et CAPGRAS, TRENEL, DELMAS et bien d'autres en publièrent des observations. Certains auteurs insistèrent sur la fréquence, dans ces cas, d'états mixtes de psychose maniaque-dépressive. CAPGRAS, dans la *Semaine médicale des Hôpitaux*, en a donné récemment une revue générale et une contribution personnelle intéressante. G. PETIT a insisté dans un article, également très récent, sur ces faits et, en particulier, sur la « phase paranoïaque et dysphronique des accès maniaques ». Celle-ci se place au début ou à la terminaison des états maniaques. A cette période, « l'excitation intellectuelle, inapparente, par ailleurs, ne se manifesterait que par « activité impulsive, malveillante et souvent soigneusement *dissimulée* ».

Les délires observés chez notre malade répondent bien à ce caractère d'apparaître en certaines phases des accès. Le délire dont nous avons cité le contenu apparut au décours d'un accès. Les autres événements délirants marquèrent généralement le début des accès.

Il s'agissait, dans ces derniers cas, d'idées délirantes d'influence. LOGRE et HEUYER ont fait une communication, en 1920, au Congrès de Strasbourg, sur « Les idées d'influence au cours de l'excitation maniaque » et décrivent certains caractères que nous retrouvons chez notre malade. Il s'agit des suivants :

1° L'apparition brusque avec l'accès maniaque (dans notre cas, il y avait précession délirante comme le signale PETIT) ;

2° Encadrement par les signes de l'excitation maniaque ;

3° Allure générale offrant le caractère expansif, superficiel, variable et inconstant propre aux idées maniaques ;

4° Leur contenu fourni par l'interprétation de l'érethisme maniaque lui-même. Le malade se plaint qu'on le fait crier, chanter, danser, dire des calembours, etc... tel le poète rapportant son exaltation psychique à une inspiration divine ; absence d'hallucinations véritables ;

5° Leur disparition ordinaire avec l'état maniaque ;

6° Une disposition constitutionnelle favorisante, paranoïaque et interprétative.

De ces caractères, nous retiendrons ceux qui, descriptifs, répondent à la réalité clinique et que nous avons retrouvés chez notre malade. Le dernier, purement hypothétique, dont nous n'avons pu vérifier l'existence dans le cas qui nous occupe, est dû à une position doctrinale des auteurs. La plupart des travaux modernes considèrent les phénomènes d'influence comme liés à un fléchissement de la conscience (1), à la faveur duquel apparaîtraient les tendances inconscientes libérées. Le

(1) Une « diminution de la vigilance ». Voir LAGACHE : « Les hallucinations verbales et la parole » ; Alcan, 1935 ; chap. V, p. 126 et suiv.

malade, ne pouvant accepter comme infligées par lui-même les persécutions qu'il endure en fait une objectivation intentionnelle par *projection* (école freudienne). D'autre part, les processus morbides atteignent et désintègrent les différenciations psychiques les plus fines et les plus tardivement acquises, au nombre desquelles serait la différenciation du « Moi et du Moi d'autrui » (Max SCHÉLER). Cette désintégration des éléments sociaux, progressivement intégrés à la personnalité au cours de son développement, conditionnerait en partie, par dépersonnalisation, la projection et l'objectivation intentionnelle. Ces états seraient, le plus souvent, provoqués par un processus schizophrénique, mais ils peuvent l'être par toute dissolution, même passagère, confusionnelle, par exemple. Les perturbations, dont dépend l'état maniaque, sont sans doute, à un moment de l'accès tout au moins, de cet ordre. Il est peu concevable qu'existe, avant toute acquisition et tout développement, une tendance congénitale à se dépersonnaliser ainsi, telle que serait, en l'occurrence, la disposition paranoïaque.

Tous les délires de notre malade ne comportent pas de dissociation de la personnalité de type schizophrénique. Le délire qui marqua le début du second accès, moins cohérent que celui apparu à la fin du premier, s'il montre quelques troubles assez importants de la synthèse psychique, nous paraît plutôt en rapport avec un état confusionnel transitoire.

Notons que certains auteurs tendent, nous dit HALBERSTADT, « à rapprocher les bouffées délirantes des dégénérés, telles que les a jadis décrites MAGNAN, de la psychose maniaque-dépressive et affirment que celle-ci peut parfois se manifester sous l'aspect d'un délire polymorphe ». Pour HALBERSTADT, la psychose maniaque-dépressive est bien distincte de la « psychose dégénérative aiguë ».

3° Confusion mentale.

Il est classique de considérer la confusion mentale dans ses rapports avec la manie comme un syndrome d'épuisement consécutif à l'excitation. Cependant, la

manie confuse, où d'emblée la confusion et la manie coïncident, fait partie, elle aussi, des descriptions classiques.

Dans les cas de psychose maniaque-dépressive que nous avons pu observer, un assez grand nombre présentait, à un moment donné de leur évolution, et en particulier en liaison avec les accès maniaques, des états confusionnels.

Chez Marie-Louise F..., la confusion précéda le premier accès maniaque et se présenta sous l'aspect de confusion agitée. La mélancolie de notre Observation II suivit un état confusionnel. L'évolution typique de psychose maniaque-dépressive de notre Observation IV fut entrecoupée de phases confusionnelles avec onirisme. Les observations qui suivent présentent encore des phases confusionnelles plus ou moins liées aux états maniaques.

Il semble que, dans certains cas, un état confusionnel puisse survenir à la place d'un état maniaque ou mélancolique. Dans d'autres cas, la confusion peut précéder, accompagner ou suivre, l'accès de psychose périodique.

Rapprochons de ce fait le cas, récemment publié par LÉVY-VALENSI, BOREL et LAGACHE, d'un homme qui, après une perte de sang, présente un accès maniaque ; alors que les troubles mentaux, qui suivent parfois les pertes de sang, sont habituellement constitués d'états confusionnels.

Cette substitution frappante fait songer à la possibilité d'un lien plus étroit qu'on ne le pense ordinairement entre la manie et la confusion, lien évidemment pas séméiologique, mais pathogénétique sur lequel nous reviendrons plus loin.

On peut également penser que les états confusionnels seraient à l'origine de bien des expériences délirantes dont s'alimentent les délires observés parfois chez les maniaques-dépressifs.

Malgré le trouble intellectuel qu'ils constituent, les états confusionnels ainsi observés ne nous paraissent pas devoir infirmer le diagnostic de psychose maniaque-dépressive, à condition, toutefois, que leur mode d'appar-

rition, leur évolution, leur guérison soient en rapport avec les caractères généraux de cette affection.

D'ailleurs, la coïncidence entre les états maniaques-dépressifs et la confusion mentale est connue depuis longtemps. Une revue générale d'HALBERSTADT en retrace l'histoire.

KLEIST, POHLISCH ont décrit des états confusionnels avec phénomènes hyper-kinétiques ou kinétiques, et des formes crépusculaires formant un cadre indépendant de toute autre psychose. Pour EWALD et LANGE, ces états font partie de la psychose maniaque-dépressive. LAUTIER, en France, a soutenu l'existence d'une « manie confuse ».

Ces faits, et l'existence possible d'états crépusculaires dans la psychose maniaque-dépressive, soulèvent à nouveau la question des parentés de cette entité morbide et de l'épilepsie dont nous avons parlé déjà à propos de l'évolution générale des psychopathies. Rappelons que STRANSKY faisait de la manie avec confusion une forme de transition entre la psychose maniaque-dépressive et l'épilepsie.

Les analogies des conditions d'apparition et l'évolution des états, que nous avons observés chez Marie-Louise F..., l'absence de dissociation schizophrénique ou, pour user de termes positifs, l'adaptation et la coordination qui les accompagnent, nous permettent de les rattacher au cadre de la psychose maniaque-dépressive.

De ces ensembles complexes groupés autour de cette affection, nous donnons encore quelques exemples.

OBSERVATION VIII

(malade de la Clinique des maladies mentales)

Mlle S..., née le 24 juin 1904, a subi plusieurs internements dans les conditions suivantes, dont nous empruntons le récit bien souvent à la malade elle-même. Celle-ci a poussé sa scolarité jusqu'au brevet supérieur.

Le premier *internement* eut lieu le 7 août 1926 (22 ans). La malade raconta plus tard qu'elle était très impressionnable et qu'ayant assisté à l'accouchement d'une de ses cousines et se trouvant seule avec elle, elle n'avait su comment la secourir et avait eu très peur. « A partir de ce moment,

disait-elle, j'ai été très drôle ; j'avais envie de pleurer ; je travaille à la Banque Franco-Polonaise : cette association France-Pologne évoquait la guerre, le sang que j'avais vu ; je voyais des choses très bizarres, je ne pouvais plus travailler à la machine ; je voyais Catherine de Russie dans ma voisine ; tout d'un coup, j'ai vu des pots de lait sur la fenêtre ; vous avez vu le rêve de l'Aiglon, c'était comme cela pour moi ; je riais malgré moi et je pleurais de même ; on me demandait pourquoi, je ne savais pas. »

Dans le certificat d'internement de cette époque, nous lisons : « Etat d'excitation maniaque avec agitation incessante, verbigération, rires, chants, cris (Entrée dans le service après une fugue au cours de laquelle est descendue d'un train en marche après s'être mise en chemise). Tentatives de fugues dans le service, cherche à s'échapper. » (TINEL).

Dans le service, on nota cette *excitation maniaque* ou hypomaniaque et l'on constata de vagues idées d'influence, la possibilité de phénomènes sensoriels, la sputation, des sourires niais, et un manque de richesse idéique. Les réponses n'étaient pas adaptées aux questions ; la malade ne reconnaissait pas son père. L'agitation fut d'abord assez intense avec cris, rires, chants. Par moments, Mlle S... semblait vouloir se défendre contre certaines visions. Cette agitation s'atténua rapidement. Après une période où persistait encore de la niaiserie, la malade parla plus volontiers et put en fin de septembre être considérée comme guérie.

2^e internement du 18 septembre au 18 décembre 1930.

On constata chez elle « un état maniaque, avec cris, rires, chants, coq-à-l'âne, agitation motrice incessante, injures et insultes, etc... » (SCHIFF).

Mlle S... raconte que, cette fois, son trouble est dû à ce qu'elle a pris des bains de piscine trop prolongés et à ce qu'un homme plus jeune qu'elle lui a fait des déclarations. « Cela m'a, dit-elle, donné le cafard et a ravivé tous mes souvenirs ; j'ai été malade, il y a quatre ans, je me suis demandée si j'avais le droit de me marier à cause des enfants, alors, me sentant bizarre, je suis venue voir M. BARUK. Toute la question est là : puis-je me marier ? Je suis gaie ; j'ai envie de chanter. Tous mes parents se sont mariés entre eux ; il me faudrait un sportif, un garçon solide ».

En octobre, on note : « Hypomanie, enjouement, sourires ; hyperminie ; bien orientée.

Le 18 décembre 1930, on la constate « très améliorée ». A présenté, est-il écrit, une petite phase de dépression, il y a une quinzaine de jours, puis est redevenue tout à fait normale ».

Aujourd'hui, la malade est gaie sans exagération, très contente de quitter le service. Elle remercie avec beaucoup de courtoisie des soins qu'on a eus pour elle.

Mlle S... se propose de rester deux mois au repos complet, puis de reprendre une place de dactylographe.

Depuis cette sortie jusqu'au mois de juin 1932, notre malade se porta très bien. Elle fut gaie, affectueuse, très douce. Elle ne travaillait que dans le ménage de ses parents.

L'accès actuel débuta brusquement une nuit, au début de juin 1932, par une anxiété considérable au cours de laquelle la malade exprimait la crainte de voir mourir sa nièce.

Elle éprouva un choc émotif à la suite d'une maladie de son frère (lui-même psychopathe aux dires de la mère). Celui-ci aurait eu des vomissements que la malade crut peut-être provoqués par une tentative d'empoisonnement.

Pendant quinze jours, Mlle S... fut très agitée, plutôt triste, avec anxiété. Un jour, elle dit qu'elle voyait le diable, ne voulait pas qu'on allât chercher le médecin, tint quelques propos sans suite et voulait toujours s'en aller. Elle s'alimentait bien et n'eut pas de violentes impulsions (renseignements de la mère).

Elle fut internée le 27 juin 1931 (3^e internement) pour « *Excitation psycho-motrice, de type maniaque, rires explosifs, plaisanteries, réponses niaises..., insomnie et manifestations d'ordre impulsif...; propos délirants par intervalles* » (TINEL).

A l'entrée de la malade, on fut frappé par l'existence d'un *état confusionnel*, ainsi qu'en témoigne le certificat immédiat : « Syndrome confusionnel paraissant avoir succédé à une phase d'excitation maniaque franche. Actuellement, Obnubilation avec semi-mutisme, lenteur motrice, sourires discordants, réponses lentes et inconsistantes. Ebauche de persévération des attitudes et d'opposition. Langue saburrale. Léger état fébrile, etc... »

Notes du service (27 juin) : « Résistance de la malade pour entrer dans le bureau, commence à se déshabiller.

Se dirige vers la fenêtre, reste devant comme si elle regardait dehors (ce qui est impossible, carreaux dépolis).

Mouvements continuels, assez lents, ayant un caractère automatique, mais gardant cependant une certaine finalité (enlève ses bas, tire sur ses manches, déboutonne et boutonne sa chemise).

Ne parle pas spontanément.

Obéit aux ordres simples (aller, venir, s'asseoir) mais d'elle-même se dirige toujours vers la partie éclairée de la pièce.

D. — Votre nom ?

R. — (Silence).

Interpellée, elle répond : « Oui ».

Réponses immédiates : « Quoi ? Hein ! Zut ! »

Réponses obtenues en insistant : « Ici ? Ste-Anne. »

Regarde la personne qui l'interroge, sourit : « Je n'en sais rien. »

Mutisme presque complet.

Absence de négativisme. Par moments, persévération des attitudes. Va et vient dans la pièce. Cherche maladroitement à plusieurs reprises à enlever ses vêtements : « Je ne peux pas m'en aller accoutrée comme ça. »

Examen physique : petite taille, obésité légère, mains abîmées par le travail manuel, sueur des mains. Langue blanche ; conjonctives un peu rouges.

Aucun propos spontané. Pas de réponses aux questions posées. Faciès vultueux.

Impossibilité de tout examen physique sérieux étant donné la grande agitation de la malade.

10 juillet. — Etat confusionnel, obtusion considérable, mutisme complet, rares sourires stéréotypés, turbulence.

Quelque temps après, la malade put donner sur son état, lors de la période précédente, des explications intéressantes, dont on a relevé quelques-unes. « Je ne me rendais pas compte de ce qui se passait, surtout le soir et la nuit. Au début, fin juin, ça a commencé par des frayeurs la nuit. Il me semblait, quand je voyais les infirmières lire les journaux, qu'elles faisaient de l'hypnotisme entre elles et que j'étais leur sujet... J'entendais comme une autre personne qui parlait, elle m'appelait « Maman ! ». Dès que j'ai changé de cellule, je ne l'ai plus entendue...

Quand la lumière était vive, ça allait mieux. Quand j'étais dans certaines cellules, j'étais comme dans une cage. Je remarquais les jeux de lumière. Ça a duré pendant un mois ; j'avais des idées très embrouillées, je passai une nuit à guetter ce qui pouvait se passer... »

Ecrit de la malade relatant les mêmes événements :

« *Quelques nuits avant de venir à la clinique :* cauchemars, angoisses, il me semblait qu'on marchait dans la cour, dans la maison, qu'on ouvrait les meubles, qu'on déplaçait les objets et qu'on froissait et brûlait des papiers. Ces frayeurs me donnaient des palpitations violentes.

Aux cellules : confusions, oppressions, craintes vagues d'événements tristes, impression que mon état correspondait à celui des autres malades.

Idée qu'on se servait de nous comme sujets pour faire des expériences d'hypnotisme et que nous étions dans l'impossibilité de réagir pour empêcher cet état de choses.

Un journal relatant un crime, un accident me faisait croire que tout avait été comploté ici et inspiré à distance.

Je croyais que les événements politiques correspondaient à nos états psychiques.

Cette idée qu'on pouvait se servir de moi, malgré ma volonté, pour faire du mal me faisait horriblement souffrir.

Cet état d'angoisse augmentait le soir, mes nuits étaient particulièrement agitées, presque sans sommeil. Je les passais debout, en embuscade derrière le judas de ma cellule, à épier les gestes et les conversations des surveillantes dont je me méfiais, beaucoup. Je ne m'endormais que sur le matin, épuisée et fatiguée. J'ai l'impression d'être restée environ un mois dans cet état.

Depuis mon transfert à l'infirmerie : mon état ne tarde pas à s'améliorer, le changement amena une heureuse diversion. Au début, j'étais assez méfiante à l'égard de mes compagnes, les soupçonnant d'espionnage. Peu à peu, je me suis rapprochée d'elles et j'ai trouvé dans la société de quelques-unes une agréable distraction et un réconfort moral.

Néanmoins, le soir ramenait le retour de la mélancolie. Le sommeil me fuyait toujours. Il n'y a guère qu'une dizaine de jours que je dors normalement et que toutes mes idées noires ont disparu.

A mon humble avis, ce qui manque le plus ici, c'est la possibilité de s'ébattre, de se dépenser physiquement et, pour cela, il faudrait une tenue non pas plus parisienne (ce qui ne nuirait pas) mais plus pratique.

Les sportives, les laborieuses en sont réduites à se rabattre sur la galère (brosse à parquet). Malheureusement, il n'y en a qu'une pour trente malades. »

Mlle S... sortit le 21 septembre 1932, guérie de son « *accès maniaque avec éléments confusionnels*, symptomatique d'une psychose périodique probable... » (Certificat de sortie, MIGAULT).

Le 4^e *internement* eut lieu le 27 juin 1934 (30 ans).

Depuis l'accès précédent, Mlle S... a eu un comportement normal. Elle habitait la banlieue avec ses parents, faisait du tricot et s'occupait d'une petite fille.

Au début de juin, après des règles de courte durée et peu abondantes, elle commence à être un peu bizarre, à s'énervner, à rire. Quelques jours après, elle devint brusquement très excitée, dormant mal. La veille de son internement, elle avait passé toute la nuit à rire.

Les certificats d'entrée, l'immédiat et celui de quinzaine, signalent tous qu'il s'agit « *d'excitation maniaque avec euphorie, jovialité, familiarité, rires permanents, jeux de mots, insomnie et déambulation incessante.* »

A l'entrée, cette euphorie est manifeste. Mlle S... paraît contente de se trouver là, ses propos sont gais : « Toujours envie de rigoler », dit-elle ; « Rigoler, ça vaut un bifteack ;

je n'ai qu'une phobie, c'est d'être habillée en noir. C'est toujours à la suite d'un deuil que ça me tape sur le ciboulot. »

Le 17 juillet, elle est toujours excitée, on continue à la maintenir ; elle crie et chante.

Le 7 août, elle est toujours en cellule, en proie à l'excitation. On constate les jeux de mots, la fuite des idées très prononcée, avec impossibilité de fixer son attention qui n'appréhende que des bribes de paroles ou d'idées et des aspects hâtifs des objets extérieurs entrevus.

Lorsque nous l'abordons, nous la trouvons, gesticulant dans son lit, se levant, faisant une série de gestes désordonnés, se recouchant et riant aux éclats, d'une manière presque continuelle, de telle sorte qu'il est difficile de lui poser une question et d'arriver à capter son attention. « Je veux rigoler, chanter, danser, nous déclare-t-elle. Je suis ici pour une histoire de pot. Je gardais ma petite nièce et je vidais le pot de chambre. Avec son pot, elle va me tuer... »

Des associations par assonance sont observées. Le mot chaise provoque « Père Lachaise » et aussitôt, avec cette mobilité d'humeur propre aux maniaques et adéquate, sa mimique devient triste. Elle se lève alors et, sur un ton ferme et violent, crie : « les vaches, les vaches » sans que nous parvenions à lui faire expliquer à qui s'adressent ses paroles. Elle nous dit seulement qu'elle pense à des choses tristes. Très facilement, on la fait revenir à sa gaieté habituelle. Elle se montre plutôt bienveillante, ne fait aucune réflexion désobligeante et, au contraire, nous accueille avec une euphorie agréable.

En fin septembre, Mlle S... se calme et présente un léger état dépressif qui marque la fin de son accès.

Sa famille la reprend guérie le 1^{er} octobre 1934.

Il est à noter qu'elle aurait eu, outre ses accès, en 1930, un accès *mélancolique* avec idées d'auto-accusation et désir de mourir. Cet accès dura environ deux mois et n'a pas provoqué de placement.

L'Evolution, jusqu'ici observée, de la maladie de Mlle S... est bien celle d'une psychose maniaque-dépressive, dont les états maniaques non douteux s'accompagnent, lors de certains accès, de *confusion* avec onirisme. On ne saurait parler jusqu'ici de processus schizophrénique.

OBSERVATION IX

(Malade de la Clinique des maladies mentales)

Mme Eugénie M., femme L., née en 1900.

Antécédents familiaux : père, 60 ans, cardiopathie, psoriasis à 28 ans ; mère très nerveuse et impressionnable (spasme œsophagien) ; frère impatient, coléreux ; sœur nerveuse aussi et cardiopathe.

Antécédents personnels : ptose gastrique et appendicite chronique depuis dix ans environ. Constipation forte depuis ce temps. Otite purulente avec perforation du tympan en 1931. Pyélo-néphrite en 1932 ; traitée à St-Louis pendant 10 jours. Dans l'enfance, plaques cutanées disparues depuis longtemps (Psoriasis ?).

Caractère : *orgueilleuse* et *jalouse*. Elle se figurait que son mari avait des relations intimes avec une de leurs amies communes. Il était très difficile de la convaincre qu'elle avait tort.

Ambitieuse, voulant s'élever au-dessus de son état actuel, surtout moralement. Elle détestait les gens qui lui semblaient médiocres et d'une mauvaise fréquentation pour elle.

Anxiété hypochondriaque. — Pendant ses crises d'appendicite et de pyélonéphrite, et même en période normale, elle avait toujours l'obsession qu'elle ne guérirait jamais. Elle avait peur d'être opérée.

Débuts des troubles actuels. — Vers la fin du mois de mai 1934, elle se figurait qu'elle était persécutée. Elle entendait dans la rue parler d'elle : « Voilà Mme ça », entendait-elle. Elle disait à son mari : « Il y a des gens qui te veulent du mal, à toi et à ta fille. »

Les derniers temps qui précédèrent son entrée à Henri-Rousselle furent marqués par une froideur sexuelle inaccoutumée, de l'insomnie et des pleurs presque continuels. Les dernières règles, avant son entrée à Henri-Rousselle, avaient été très douloureuses, avaient duré à peu près huit jours et donné lieu à de fortes hémorragies ; la malade restait alitée.

Entrée à Henri-Rousselle, le 19 juin 1934. Ainsi qu'en témoigne le certificat d'internement, qu'on fit plus tard pour elle, il y eut à cette période un état confusionnel hallucinatoire de type onirique. La malade voyait des têtes de morts, des cadavres, et se montrait en proie à une vive anxiété.

Le 9 juillet, on notait à Henri-Rousselle : « Extrêmement réticente ». « Je me sens comme dans un rêve..., c'est tout ce que je puis vous dire. Tout ce que je demande, c'est la protection. »

Elle a des ennemis, refuse toute précision sur ceux-ci, ils seraient capables de vouloir la tuer, « mais après tout, c'est tout ce que je puis vous dire. Tout ce que je demande, c'est la protection. »

Le 11 juillet, on note : « Ce qu'il y a de mieux, c'est qu'avec ces discussions avec mon mari, je suis en son pouvoir, mais jusqu'à présent, je n'ai été qu'un instrument. »

Elle assure qu'elle ne peut répondre à aucune question, « parce que, dit-elle, cela ne servira à rien. C'est mon mari qui est au courant de tout. S'il était là, je vous parlerais, faites-le venir. »

Internement le 4 août 1934. — On note dans les certificats : « état d'excitation faisant suite à un état confusionnel hallucinatoire. Onirisme continu, cadavres, têtes de morts. Agitation anxieuse. Actuellement euphorie, jeux de mots, bouts rimés, déclamations, érotisme. Hallucinations auditives probables. Agitation motrice. Violences » (COURTOIS) et « état maniaque avec agitation désordonnée, logorrhée, déclamations, théâtralisme, euphorie, sentiment d'influence. Hallucinations probables. Érotisme. État secondaire d'une phase onirique. »

Certificat immédiat le 5 août 1934. « Excitation maniaque, logorrhée, jeux de mots. Plaisanteries. Désordre des actes. Maniérisme. Mobilité d'humeur » (CAPGRAS).

Le 7 août, nous la voyons dans un état de grande agitation de type maniaque. Elle est, en effet, sur son lit, dans une cellule, complètement découverte, et gesticule énormément.

On constate du maniérisme dans ses gestes et sa mimique verbale. La logorrhée est extrême et, si elle se laisse spontanément aller à un flux de paroles où prédominent certaines préoccupations, elle répond avec facilité à certaines questions. Elle nous parle d'abord de sa vie, nous disant qu'elle a un enfant à l'A.P. (17 ans) et un autre de son mari, qu'elle a épousé il y a dix ans. Elle n'a, dit-elle, jamais trompé son mari et voudrait savoir avec certitude si, réciproquement, celui-ci lui a été fidèle.

Elle est femme, *par la science*, du D^r R... qui lui inspire ses idées, lui prend les siennes, lui parle d'amour, la conseille. Elle n'a jamais eu de rapports sexuels avec lui.

Il y a en elle trois personnalités :

M (son nom de famille), celle de sa conscience.

L (nom de son mari).

R (nom du médecin), celle de la science.

Les jours suivants, examen : « *Présentation maniaque :* excitation psychique, la malade manifeste une gaieté exagérée, chante, siffle, gesticule et sourit à tout le monde.

Logorrhée : flot de paroles ininterrompu avec fuite des idées, jeux de mots, assonances, rimes : « Aujourd'hui, *jeudi*, je dis toujours la même chose, je distribue des objets d'art, je dis que je suis mariée... M. Coupet, il coupe, il coupe pas, c'est pas Papa, je l'aime et je l'aime pas... J'étais aux Perches, vous êtes une drôle de perche... je le sais par cœur, elle bat le beurre, etc... »

Rimes : « Je suis la femme d'un inventeur.

J'ai mal au cœur.

Je n'ai rien dit.

J'étais dans un dédit.

Simonnette,

Salopette. »

D. : Vous entendez des voix ? — R. : Je connais Voix et Pigaglio. »

Syndrome d'influence avec phénomènes hallucinatoires probables : La malade déclare entendre la voix de son nouveau mari, l'inventeur qui lui dicte toutes les réponses à faire au médecin ; ce mari lui déclare que son interlocuteur est honnête et que l'infirmière est une « vache ». Elle fait un véritable dialogue avec lui à travers la lucarne. Il l'appelle : « Si-si-si-si-simonnette ».

Par lui, elle a appris qu'elle a huit millions, qu'elle a été mariée avec lui devant notaire, que toute sa famille consentit à ce mariage.

C'est ce R... qui la fait parler ou se taire ; elle est entièrement sous son influence. Il a des rapports sexuels avec elle « à distance, par la science » et elle éprouve des jouissances « très agréables ».

Prise de la pensée : « Il connaît toute ma pensée, il la prend, ça se mélange, c'est tout un mélange de pensées, on n'y comprend rien ! »

R... est son véritable mari ; L... n'a jamais été son mari.

A cette occasion, elle manifeste son *érotisme avec grossièreté*. Son mari, le D^r R..., la « fait bien jouir ». M. L... (mari) lui n'est capable de rien. « Il a une queue comme celle d'un melon. »

Elle s'excuse de son excitation : « Vous savez, dit-elle, que je suis très timide d'habitude, mais en ce moment, c'est la science qui me rend « culotée ».

« La science c'est une machine électrique qui permet de parler à distance et de faire agir les gens. »

Questionnée sur son état, elle répond qu'elle sait bien qu'on l'accuse d'être folle, mais qu'elle ne voit pas comment elle l'est et que dans tous les cas elle « s'en fout ».

L'attention est extrêmement mobile.

Des reliquats probables de scènes oniriques constituent une partie de ses propos. C'est ainsi qu'elle raconte qu'elle était dans un cachot avec des rats et qu'elle a « bouffé » un homme comme un bifteack. Elle était obligée de le faire bien que cela la dégoûtât un peu.

Bien orientée dans le temps et l'espace, elle résout facilement les problèmes et commente convenablement les phrases absurdes qu'on propose à sa raison. Son aisance, la rapi-

dité de sa réponse éliminent toute possibilité actuelle d'affaiblissement ou de perturbation schizophrénique de la pensée.

18 août 1934. *Certificat de quinzaine* : « Excitation maniaque. Syndrome pseudo-hallucinatoire avec éléments imaginatifs... » (Pr. CLAUDE).

Son état s'étant peu modifié, elle fut transférée le 21 septembre 1934, à Ville-Evrard, munie du certificat suivant : « Excitation hypomaniaque. Activité délirante et hallucinatoire. Thème d'érotomanie médicale. Onirisme post-confusionnel par intervalles. Pyélonéphrite en 1932, avec sondage et lavage du bassin. Actuellement quelques colibacilles et petit culot de centrifugation dans l'urine prélevée aseptiquement. Psoriasis dans l'enfance. Hérité psychopathique... » (Dublineau).

Indépendamment de toute question d'évolution, il nous a paru intéressant de rapporter ce type clinique où se trouvent réalisés un état d'excitation cyclothymique allant jusqu'à la manie, des éléments paranoïaques de type de délire d'influence, mais dont les éléments sont assez variables et encore soumis à des expériences délirantes nouvelles, favorisées par la *confusion mentale* et l'onirisme.

Dans son caractère se retrouvent les éléments d'orgueil, de jalousie, d'ambition et d'hypocondrie qui, pour les psychanalystes, seraient en rapport avec une homosexualité psychique et une fixation au stade sadique anal, stade de développement auquel la personnalité paranoïaque possède de puissantes fixations.

OBSERVATION X (due à l'obligeance du D^r Ey)

L. Ernestine, 62 ans, née le 8 janvier 1873, entrée le 26 février 1908.

Il semble que le début des troubles en 1908 ait été marqué par un *état confusionnel avec onirisme et anxiété*.

La malade a eu, nous dit-elle, une grande peur, elle a vu le feu. On l'a alors conduite à l'hôpital de Dreux. Elle y resta quinze jours et en sortit à peu près normale. Elle reprit ensuite du travail, se replaçant à Laigle.

Peu de temps après, elle alla voir sa famille à Dreux et, en la quittant, se rendit non pas à Laigle où elle travaillait mais à Argentan. Dans cette ville, elle se livra à des excentricités qui la firent reconduire à l'hôpital de Dreux. Elle aurait éprouvé, nous dit-elle, une nouvelle peur. D'après une lettre

du médecin de l'hôpital, elle semble avoir présenté une *agitation assez intense avec onirisme et anxiété*. On fut obligé de la maintenir en cellule, car elle faisait des menaces, déchirait la literie, se mettait à interpellé des êtres imaginaires qui voulaient la voler, la tuer. D'autres fois, elle refusait toute nourriture, elle passait les nuits sans sommeil. Elle s'agitait et vociférait « obsédée par la crainte de gens qui la poursuivaient ».

C'est alors qu'elle fut placée à l'asile de Bonneval étant âgée de 35 ans.

A son entrée on note : « Délire mélancolique avec illusions diverses. Etat anxieux. Propos incohérents. »

Un mois après, on signale de l'excitation.

En octobre de la même année, tentative de suicide (strangulation par cordon de tablier).

De cette époque son dossier contient une lettre dans laquelle elle insiste sur ce qu'elle est *malheureuse*. « On n'a jamais vu, écrivait-elle, une peine pareille... L'on est avec des grillages, on me traite de voleuse de robes... Je suis toujours la plus malheureuse. » Le lendemain de cette lettre, elle suppliait de ne pas l'expédier à sa famille à qui elle était adressée.

En mai 1922 : Période d'hallucinations avec confusion. Idées d'auto-accusation ; elle dit faire mourir tout le monde, ne fait plus aucun travail, n'est plus bonne à rien et ne mérite pas de vivre. Cette période coïncide avec les règles.

Après cet état dépressif, elle travaille à la buanderie.

En juillet 1922 : Un nouvel accès dépressif a lieu, avec idées d'indignité.

En janvier 1925 : Crise d'excitation avec propos incohérents et sans suite : la malade brise les objets, claqué les portes.

Idées délirantes de persécution épisodiques. — Il s'agit de mauvais traitements infligés à elle par les gardiennes qui la prenaient pour servir de femme à M. D. (directeur de l'asile, chez qui elle travaillait). Ces femmes la traitaient de « putain de M. D. ».

Cela se passait il y a environ dix ans.

Il y a cinq ans, les bonnes de la buanderie l'auraient battue.

Ce sont ces misères qui seraient, pour elle, la cause de ses accès.

Au cours de l'année 1934, périodes d'excitation. La malade crie de longs moments dans la cour en nommant les stations de chemin de fer : Paris, Dreux, Besançon, etc...

Etat actuel : calme, travaille et rend de réels services à la buanderie ; elle est très serviable ; mais est parfois d'une

grande susceptibilité. Par moments, attitude un peu déclamatoire.

Mme L... est bien orientée, donne correctement son âge et sa date de naissance, sait qu'elle est à Bonneval et connaît vaguement les circonstances qui l'y ont fait conduire. En revanche, elle est assez amnésique, en ce qui concerne cette période, dont elle ne peut dire ni la date, ni l'année. Il semble que cette amnésie soit lacunaire, car elle contraste avec la précision des autres souvenirs, même plus récents.

Elle ne conserve pas un souvenir précis de ses états d'excitation ou de dépression.

On constate qu'elle conserve assez vives certaines idées de persécution, notamment celles que nous avons citées et dont les termes que nous avons reproduits sont par elle prononcés présentement à titre de souvenirs. Elle ajoute même que ces « gardiennes » disaient des choses concernant sa famille et elle expliquait qu'elles les connussent, parce qu'un de ses beaux-frères était du même pays que certaines d'entre elles.

Mais tout ceci est fini et la malade n'entend plus tenir de propos semblables depuis dix ans environ.

Elle persévère cependant dans un grief contre les bonnes de la buanderie qu'il l'auraient battue il y a cinq ans.

Ce cas paraît encore pouvoir être rattaché à l'entité maniaque-dépressive parmi les types où se trouvent mêlés à l'excitation maniaque des états confusionnels et délirants. Ceux-ci, dont la genèse coïncide avec les états confusionnels, semblent avoir laissé chez cette malade des séquelles frustes d'ordre convictionnel, se réduisant à quelques griefs persistant après plusieurs années.

La fréquence avec laquelle nous avons rencontré ces coïncidences semble permettre de considérer qu'elles constituent un type clinique spécial de psychose maniaque-dépressive.

OBSERVATION XI

(malade du service de M. le Dr MARCHAND)

P... Roger est, lorsque nous le voyons à la fin de l'année 1934, âgé de 30 ans.

Dans les antécédents familiaux, on note que sa mère d'humeur égale est assez désordonnée au point de vue matériel et qu'elle fut un peu déprimée dans sa jeunesse.

P... fut surtout élevé par sa mère, son père, voyageur de

commerce, étant souvent absent. Il habite encore avec ses parents qui le laissent assez indépendant.

Dans son enfance, il était assez enclin aux colères.

Son service militaire fut fait en Syrie où il eut quelques accès de fièvre.

P... exerce actuellement la profession de dessinateur-décorateur et accomplit son travail avec zèle et goût. De tout temps, il fut, paraît-il, étourdi, distrait et il ne réfléchissait pas à ce qu'il disait. Lui-même décrit son caractère de la façon suivante : « Je suis rêveur, dans la lune, mais pas neurasthénique ». Il aime la campagne comme tout Parisien, est assez solitaire, mais ne recherche pas la solitude. La lecture lui plaît et, en particulier, celle des œuvres de Flaubert.

Les questions sexuelles le préoccupent beaucoup depuis longtemps. Cependant son activité sexuelle ne paraît pas très intense, ni surtout très continue. En effet, s'il a eu plusieurs maîtresses avec lesquelles les rapports sexuels étaient fréquents, de longues périodes d'intervalles sans activité de ce genre leur succédaient. Son hypocondrie sexuelle se tourne vers la crainte anxieuse des désordres dus à l'abstinence. Il y a là, pour lui, essentiellement une question d'hygiène. Ses rapports sexuels sont destinés au maintien rationnel d'un certain équilibre tout autant qu'à obtenir un certain plaisir.

Lors de son passage à l'Infirmerie spéciale, la confusion devait être plus marquée, car il se croyait dans une cabine de T.S.F.

Le début de cet accès avait été *brusque*. Après une légère élévation de température, cette agitation continue était apparue.

Deuxième internement. — Un certificat de l'Infirmerie spéciale décrit les troubles atypiques observés chez ce malade et conclut à la probabilité de la démence précoce :

« Troubles psycho-atypiques. Démence précoce probable. Désordre des actes et singularité des propos. Réponses inadaptées, sommaires, inconsistantes. Rigidité de l'attitude, hypomimie très marquée. Dircordances diverses notamment entre idées et intonations ; parfois solennité sinistre. Phénomènes d'automatisme à caractère diffus. Pensée connue par des procédés humains, mais scientifiques, réponses avec pensées, transmissions dispersées à distance (sic). Malaise psychique indéfini, tourments (sic). Torpeur et vide de l'esprit, sentiment de la maladie. Alternativement description et négation des mêmes symptômes, précision spontanée et imprécision alternantes. Insistance devant le logement d'un ami pour être admis et travailler (sic). Menaces d'en-

foncer la porte, de frapper les gens. Nous demande de faire un stage pour être gardien de la paix. Négation de tout toxique usuel. Allégations d'intoxication mystérieuse. Interné en 1927 pour rapt d'automobile et violences à agent (diagnostique : confusion, manie-guérison) (DE CLÉRAMBAULT). »

Dans le service où il est hospitalisé, P... présente un état assez atypique.

Exemple : D. — « Comment allez-vous ? »

R. — Ça va faible, je me suis masturbé cette nuit. »

Les préoccupations sexuelles sont nombreuses. Il se demande s'il est en état de se marier. Il a déjà eu des rapports sexuels dans une maison close et en a éprouvé du plaisir sans dégoût. Mais il n'a pas une activité sexuelle très grande. Il croit que l'abstinence est cause de sa rechute. « Après trois mois d'abstinence, on est comme un cheval »... Il est très difficile de se rendre compte de son état dans ces moments-là.

P... exprime des idées délirantes dans lesquelles se mêlent des préoccupations sexuelles morales et humanitaires avec égocentrisme et sentiment d'influence. Il est interné afin de faire un stage pour son bien moral, pour l'éducation de sa volonté. Les gens qui l'entourent ne doivent pas être réellement malades. Ils sont là pour lui, pour son amélioration morale. D'ailleurs, il subit leur influence et les écoute, car ils éveillent en lui des craintes. On ne constate pas chez lui d'hallucinations.

On observe chez ce malade une conscience partielle de son état qui se manifeste sous forme de doutes. Il ne doit pas être, pense-t-il, dans son état normal.

Quelques mois après, son état est amélioré, mais il présente une courte phase de dépression et a encore quelques idées délirantes. Il a peur des francs-maçons. Quelques phénomènes d'influence avec des interprétations se manifestent, mais avec une inconstance et un élément de jeu verbal qui ressemblent bien aux faits qu'on observe dans la manie. Par exemple, un jour l'interne a parlé de rayons, alors lui est venue l'idée suivante « le Docteur rayonne ».

Troisième internement, du 27 novembre 1929 au 30 mars 1930.

A ce moment, on note : Excitation atypique. Présentation maniaque avec moquerie, jeux de mots alternant avec des périodes de mutisme, dénudation. Impulsions violentes contre le personnel. Refus de soins et de traitement... Evolution probable vers un état de démence précoce (COURTOIS).

Le certificat de quinzaine mentionne une « agitation hypomaniaque atypique avec accès délirants polymorphes » (TRUELLE).

Un *quatrième internement* eut lieu du 15 octobre au 30 novembre 1930, marqué par des troubles analogues à ceux qu'on observait lors des précédents accès.

Le *cinquième internement* eut lieu en 1932.

Nous avons vu le malade, lors de son 6^e *internement*, alors qu'il était guéri des troubles qui avaient provoqué cette mesure.

Il se présente à nous correctement, avec aisance et même légère euphorie, mais son attitude est cependant réservée dans certaines circonstances concernant sa vie sexuelle. Il s'exprime bien, sans maniérisme, ni emphase. Sa mimique est sobre, mais adéquate. Ses sourires discrets sont en harmonie avec les propos. On n'observe ni barrage, ni troubles du cours de la pensée d'aucune sorte.

Il garde un souvenir assez net de ses états pathologiques, sauf en ce qui concerne certaines périodes où la confusion était plus marquée.

Certains de ses troubles, nous dit-il, sont difficiles à analyser. Lors des premiers accès, il aurait été beaucoup moins capable de les décrire et de comprendre ensuite qu'il s'était agi de troubles mentaux.

Il lui semble vivre, lors de ses accès, un état dans lequel la réalité serait un peu déformée. « C'est, dit-il, l'état subscscient qui domine ». Il a eu l'illusion qu'on connaissait sa pensée. « Il m'arrivait de penser différentes choses, de penser à une femme ou à une cigarette, le malade qui était mon voisin avait un mot qui situait le cours de ma pensée. Par exemple : je pensais : je fumerais volontiers une cigarette, immédiatement, mon voisin prononçait le mot « cigarette ». Cela s'est renouvelé à différentes reprises pour d'autres choses. »

Par moments, plutôt que ces phénomènes d' « action extérieure » il éprouvait à l'inverse l'impression d'exercer une influence sur autrui.

P... nous fait lui-même le récit des événements qui ont provoqué ce dernier internement. Il avait, comme s'il était un agent de la Sûreté, opéré une arrestation.

« J'étais poussé par quelque chose d'irrésistible.

C'était véritablement inconscient. Je me promenais, rue Tronchet, le matin, je suis entré dans un endroit appelé Palacio, galerie marchande, où se trouvent différents magasins. Dans un de ces magasins, j'ai vu un horloger, je l'ai prié de me suivre et suis allé quérir un agent qui m'a accompagné. Au commissariat, on m'a dit : « Vous êtes de la Maison ? » J'ai répondu « oui ». On a alors demandé une pièce justifiant cette affirmation. Je donnai ma carte d'électeur qui fut jugée insuffisante. Je n'ai rien dit au Commissaire qui croyait que j'étais « ivre ». — Pourquoi, lui demandons-nous, avez-vous accompli cet acte ? » J'avais, répond P..., l'impression d'une mission quelconque. Cela est venu brusquement. Trois secondes avant d'entrer dans cette boutique, je me sentais l'âme d'un promeneur. Je me suis arrêté devant la boutique, j'ai vu quelqu'un sortir, je suis entré dans la boutique, j'ai demandé à cet homme sa carte, puis je ne me décidais pas à sortir et le priai de me suivre. J'avais déjà l'intention très nette de le faire quand je suis entré. Une suspicion s'était emparée de moi. »

P... se souvient très bien de l'aspect de cet homme qui avait une petite moustache noire. D'ailleurs il se rappelle très précisément les actes de ce genre qu'il accomplit. Il lui est plus difficile de dire quels en sont les mobiles. Il semble qu'une sorte d'intuition en même temps que de poussée impérieuse à l'acte se manifestent alors ; « Avant d'accomplir des actes comme ceux-là, dit-il, je suis dans un état de confusion ».

Voici comment il décrit l'allure générale de ses accès : « Ça débute d'abord par une période consciente dans laquelle je me sens beaucoup plus lucide qu'à l'ordinaire ». Tandis qu'à l'ordinaire, il est un peu timide, dans ces états, il réussit mieux ses travaux, il est plus entreprenant avec les femmes. « Je fais certaines choses que je ne ferais pas en temps normal ou du moins, je les fais beaucoup plus consciencieusement. Dans cette première période, tout est plus facile... Il y a une cohérence très grande entre l'esprit et l'exécution. » Peut-être à cette facilité s'ajoute-t-il le désir d'en finir assez vite. P...

n'est pas sûr qu'à ce moment, il serait capable de s'appliquer très longtemps à un travail prolongé.

« Cette période est agréable ; la dernière fois cela a duré exactement 7 à 8 jours de pleine lucidité, puis viennent des périodes de sensibilité excessive. Je pleure et je ris facilement. Je suis, en général, plus sensible aux attitudes des autres.

« Ensuite, vient une période d'exaltation et de confusion, de persécution et de mysticisme avec l'idée qu'on m'observe. On ne peut pas dire que ce soit pénible..., j'ai des idées de grandeur. J'ai l'impression qu'on m'a observé, qu'on a trouvé que j'étais un individu un peu exceptionnel, ça me stimule.

« Dans cette période-là, je ne dors plus, je pense à ce que j'ai fait de mal, à ce que j'ai fait de bien, en principe, plutôt à ce que j'ai fait de bien. »

Puis il nous déclare que la veille de son internement, il a couché avec une femme et qu'à l'Infirmierie spéciale, il a eu une éjaculation spontanée depuis laquelle il est tout à fait placide.

P... garde dans l'intervalle des accès ses préoccupations concernant son hygiène sexuelle. D'après lui, s'il n'a pas eu d'accès entre 30 et 32 ans, c'est parce qu'il avait à ce moment une liaison avec une femme qu'il fréquentait régulièrement. Il attribue aux relations sexuelles qui ont précédé ce dernier accès la bénignité de celui-ci. Malheureusement, il était un peu tard et malgré des rapports fréquents, il n'a pu enrayer la crise. Son exaltation avait déjà commencé lorsqu'il a connu la femme avec laquelle il eut ces dernières relations.

Ses accès, d'après lui, correspondent toujours à une période d'abstinence prolongée. Le dernier est dû à ce qu'une affaire récente l'ayant beaucoup occupé et obligé à voyager, il a négligé son « hygiène ».

Ce cas nous a paru intéressant par l'autodescription que le malade, assez intelligent et introspectif, nous donne. Il nous paraît malgré certaines difficultés devoir être rattaché à la psychose maniaque-dépressive pour certaines raisons qui sont le caractère expansif de ses accès, l'euphorie, le sentiment de facilité qui sont bien

phénomènes différents de ce qu'on observe dans un état schizophrénique. Les sentiments d'influence peuvent, nous l'avons vu, s'observer dans les phases maniaques. D'ailleurs, chez P... l'appréhension des phénomènes de l'entourage est vive et particulièrement intense bien que déformé lors de ses accès. Nous avons vu que le début surtout en est marqué par une disparition de la timidité habituelle. Un pareil phénomène nous paraît bien de l'ordre des variations holothymes. La période qui suit cette exaltation est plus confuse. On a l'impression que le malade est dans une sorte d'état crépusculaire (« C'est le subscscient qui domine ») éminemment favorable à des révélations délirantes, à des actes automatiques.

D'un point de vue médico-légal, GELMA décrit la *délinquance à répétition* comme forme de psychose maniaque dépressive. Il s'agit de malades chez lesquels l'excitation maniaque larvée et la dépression mélancolique fruste peuvent passer inaperçues et la maladie n'être révélée que par une délinquance favorisée par l'amoralisme transitoire coïncidant avec un accès ou par l'ivresse qui accompagne parfois l'excitation maniaque. Nous devons, dans le cadre de notre sujet, prendre en considération ce type comme argument en faveur de l'existence de formes se présentant sous aspect différent du type idéal. En 1923, CLAUDE, SANTENOISE et TARGOWLA avaient déjà attiré l'attention sur la possibilité de fugues et perversions instinctives à manifestations périodiques.

Etats mixtes.

Les états mixtes décrits par KRÆPELIN et WEYGANDT sont bien connus. La manie pure, la mélancolie pure constituent chacune un type idéal. Les cas observés en clinique courante sont le plus souvent moins purs et l'on n'y constate pas toujours si nettement opposés les deux pôles de « l'antinomie » maniaque-dépressive. La constatation d'une moindre divergence que celle aboutissant dans les types purs à faire considérer ces états comme inverses conduisit les auteurs à chercher dans les états fréquents et moins purs une combinaison d'éléments empruntés à chacun des types purs et opposés. Les varié-

tés dépendraient du nombre de composantes associées et de leur nature. JASPERS, sans mettre en doute l'existence de ces états, s'élève contre la décomposition en éléments d'ensembles tels que la manie et la mélancolie et se demande « quelles sont ces composantes et comment il faut les trouver ».

Ces cas mixtes seraient fréquents dans les formes complexes sur lesquelles nous venons d'insister. Le diagnostic entre elles et les états schizophréniques est parfois d'une grande difficulté.

Sans qu'entre les deux puisse exister un espace vide immense nous allons considérer des états qui se placent dans la constellation schizophrénique plutôt que dans la constellation maniaque-dépressive.

SCHIZOPHRENIE INTERMITTENTE ET A TYPE MANIAQUE-DEPRESSIF, CATATO- NIE ET PSYCHOSE MANIAQUE-DEPRES- SIVE. LE TYPE SCHIZOMANIAQUE.

1° Les schizophrénies ou démences précoces n'ont pas toujours une évolution continue. Nous devons en convenir à moins de ne plus fonder les entités morbides sur le tableau clinique qui pourtant les désigne le plus souvent.

Ce fait est depuis longtemps connu mais il surprenait les cliniciens qu'une affection créant un déficit progressif pût revêtir, dans son évolution, un aspect si voisin des paroxysmes observés dans d'autres maladies, que le diagnostic entre elle-même et ces autres affections était souvent difficile.

Pour nous en tenir tout d'abord aux faits cliniques, rappelons seulement que KRÉPELIN en observa un certain nombre de cas et admit cette possibilité qui se trouvait tout d'abord exclue de son système.

En France, de nombreuses publications, que nous avons citées, dénotent chez leurs auteurs l'étonnement que cette éventualité se produisit.

CHASLIN et SÉGLAS en 1911, sous le titre « Intermittence et Démence précoce », publièrent l'observation d'un homme qui présenta, entre des épisodes catatoniques, de longues rémissions dont l'une dura plus de 14 ans. Le malade put, dans cet intervalle, faire son service militaire, entrer comme comptable dans une compagnie d'assurances et se marier. Mais le trouble s'était ensuite installé de façon persistante. On trouvait « réunis, chez notre malade, écrivent les auteurs, d'une façon persis-

tante, les éléments divers d'un syndrome catatonique tel qu'on le rencontre dans les cas qualifiés de démence précoce. Et l'on n'aurait pas la moindre hésitation à porter ce diagnostic si l'on ne connaissait pas l'évolution antérieure de la maladie ».

La même année, SÉGLAS publiait avec LOGRE une autre observation sous le titre : « Des rémissions dans la Démence précoce ».

Il s'agissait d'un malade qui présenta, de 1892 à 1896, des poussées successives, sortes d'accès à symptomatologie assez polymorphe (agitation maniaque avec loquacité et impulsions ; idées délirantes diverses d'auto-accusation, d'hypochondrie, de grandeur ; opposition et refus d'aliments) et se caractérisait surtout par la coexistence d'une agitation de type maniaque avec un délire de teinte mélancolique prédominante, comme dans certains des cas qu'on appelle aujourd'hui des cas mixtes. Ce trait particulier, comme d'ailleurs les détails principaux du tableau clinique, se retrouvent, depuis le début de la maladie, dans toutes les poussées successives, ainsi qu'en témoignent les renseignements recueillis et les différents certificats.

Au point de vue de l'évolution, ces sortes d'accès, des poussées furent séparées par trois périodes de rémission de deux, trois et quatre mois, et par une période plus longue d'une vingtaine de mois, que l'on peut presque considérer comme une intermittence, puisque, pendant ce temps, Mlle P... a repris sa place dans la vie sociale et a pu faire à la Maternité ses études de sage-femme. » Lors de la publication, la malade était dans un état continu, chronique de démence.

Cette communication attire l'attention, non seulement sur l'existence de rémissions, mais aussi sur celle d'états maniaques ou mélancoliques marquant le début d'une Démence précoce.

Ces faits ont été signalés par KRÆPELIN et de nombreux auteurs, ainsi que nous le verrons.

Mais d'abord, exposons quelques cas proches des types que nous venons de citer.

OBSERVATION XII

B. Jeanne, née le 28 avril 1912. (Malade, de la Clinique des Maladies mentales).

Antécédents héréditaires : Père et grand-père alcooliques. Mère bien portante, mais tendance à la dépression. Un de ses frères s'est suicidé ; un oncle décédé dans un asile d'aliénés.

Antécédents collatéraux : Un frère bien portant ; période de mélancolie sourde vers 18 ans ; un frère mort de broncho-pneumonie à 10 mois.

Antécédents personnels : Régée à 12 ans. Brevet simple et brevet d'enseignement primaire supérieur à 16 ans (en juin 1928).

Surmenage et fatigue à cette époque. Elle présentait vers 17 ans des accès de fièvre souvent éphémères et que sa famille attribuait au surmenage provoqué par ses études. Amaigrissement de 4 kgs. Pleurite. Règles très fréquentes et abondantes. Interrompt ses études en avril 1929 et va dans l'Aveyron.

Début des troubles mentaux : en août 1929.

Mlle B. avait assisté à une noce et se plaignait les jours suivants qu'on se fût moqué d'elle. Son entourage assista alors à une crise dépressive, avec asthénie, pleurs, anxiété, refus de se lever.

Subitement, huit jours après, elle se dit complètement guérie et on la vit minauder, sauter, danser. Elle parlait sans arrêt, sans exprimer de délire. Cet état dura ainsi environ huit jours, au bout desquels elle faisait des gestes désordonnés.

Puis un nouvel état dépressif survint le 24 septembre. Sa famille la conduisit à l'hôpital Henri-Rousselle d'où elle passa dans le service de Clinique, le 15 octobre 1929, avec le certificat suivant :

« ...est atteinte d'un état d'excitation atypique avec anxiété. Hallucinations auditives, elle entend des gens qui tapent, qui parlent, parfois elle les voit ; apparitions terrifiantes la nuit. Réactions anxieuses : grimpe sur son lit, frappe aux portes, aux carreaux, violences contre le personnel infirmier. Aurait manifesté des idées de suicide avant l'entrée.

« Réflexes exagérés. Amaigrissement important récent., etc... » (COURTOIS).

« ...est atteinte de confusion mentale.

« Torpeur intellectuelle. Demi-hébétude. Désorientation. Ne croit pas être ici à Paris. Idées asystématiques de persécution. Onirisme vespéro-nocturne. Hallucinations visuelles et auditives terrifiantes.

« Inhibition mentale. Demi-mutisme. Phrases inachevées. Soupirs. Opposition. Refus d'aliments. Anxiété. Impulsivité et violences par intervalles. Menaces envers le personnel. Amaigrissement. Pleurite ancienne.

« Psychose hébéphrénique probable, etc... » (DUPOUY).

Examen à l'entrée : le 17 octobre 1929.

La malade gémit, se plaint, soupire sans cesse. Sub-anxieuse, elle paraît être dans un état de désarroi, de doute, d'inquiétude, et ne semble pas réellement confuse. Elle touche à tous les objets qui l'entourent, s'efforce de lire les notes la concernant qu'on est en train de prendre. Le regard est vif, attentif.

Interrogatoire :

D. — Votre nom ?

R. — Je me rappelle du nom, mais quoi...

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Je croyais que c'était à Paris mais maintenant je vois bien que non. D^r Toulouse, Rousselle ? Ça se mélange tout dans ma tête, je vois toujours des figures nouvelles. Je ne suis pas en France, mais dans un pays étranger... On me dit : « Tu n'as pas droit au pain que tu as mangé. » J'en ai passé tellement de salles que je ne sais plus... On mettait du fromage de camembert dans l'encre et on écrivait avec ce fromage.

D. — Quelle est la date ?

R. — Ah ! que c'est malheureux de ne pouvoir se souvenir comme ça, de ne pouvoir dire... 17 octobre 1930... (puis) 1929.

Un *sentiment d'étrangeté* est fréquemment exprimé : « C'est tout drôle, ce n'est pas comme chez nous. »

L'*asthénie* est également prononcée : « Je ressens, dit-elle, une lassitude... je suis trop faible. »

Ces phrases et les différents symptômes constatés sont perçus au cours d'une subexcitation avec propos décousus, dont les phrases ne sont pas terminées et sont prononcées très vite, d'un ton excédé, gémissant.

« Je vois du lait, tout le monde apporte des carafes... et du bruit et du bruit... et on me dit : « levez-vous... » et au lit il y a des alèzes, je ne savais pas ce que c'est des alèzes...

« Si nous étions vraiment à Paris mon frère m'a dit que les feuilles y tombent de bonne heure... et puis des odeurs qui passent... »

D. — Y a-t-il des personnages qui viennent la nuit ; entendez-vous prononcer des paroles ; entendez-vous des voix ?

R. — Il y a tellement de personnes qui entrent et puis elles mettent des voiles... Je le disais : sans doute que ce n'est pas vrai... personne n'a des dents comme ça ; ...on parle un fran-

çais que je comprends à peine, un français vide... et puis on parle par gestes... c'est tout le temps maintenant, ce n'est pas seulement le soir...

J'ai entendu : « Tiens, un éclair, c'est le signal. » Et puis on m'a passé quelque chose de noir... il y a des sons dans le... *je ne peux pas terminer ma phrase.*

Il me semble dans les cloisons il y a des choses qui s'ouvrent dans les cloisons et puis de mauvaises odeurs.

On répète ce que je dis dans le couloir... tout le monde.

Et puis on ouvre les carreaux... ; les carreaux se cassent, çà y est, je suis dans l'enfer...

D. — Etes-vous malade ?

R. — Ah ! oui, je suis malade, je vois tellement de choses que... et puis cette mémoire ».

Il semble là qu'il ne s'agisse pas d'hallucinations, ni d'onirisme bien nets, mais d'une déformation anxieuse de tous les événements, de l'ambiance. En effet, elle n'a qu'une demi-conviction et a la conscience très nette qu'elle perçoit une réalité déformée. Elle a conscience également du *trouble de la pensée, du flou de sa perception, de la dysmnésie*, de la difficulté à conduire et à exprimer sa pensée et se maintient dans une attitude d'interrogation perpétuelle.

Elle exprime aussi quelques *idées d'auto-accusation*, assez vagues : se reproche de se laisser toujours servir. « Je ne me suis pas confessée sincèrement sans doute et puis à Castelnaudary il s'en est passé des choses... ».

De *vagues idées délirantes polymorphes et inconsistantes* avec interprétations imprécises sur un fond d'anxiété apparaissent au cours des récits qu'elle fait d'événements minimes qui lui ont semblé étranges, chargés de sens. « Je me suis laissée empoisonner... Je ne comprends rien à tout cela, j'ai toujours compris qu'il se passait quelque chose d'anormal et j'ai cherché à me dérober à tout cela... Et puis il y a trop de choses qui arrivent, des broderies qui sont faites en un clin d'œil... et on apporte du potage fumant et toujours du lait, du lait... »

Violences envers le personnel, parce qu'on lui donnait des soins « qui ne sont pas ordinaires ».

Le *refus d'aliments* était expliqué par la malade par un ordre, une action extérieure imprécise. Elle exprime quelques idées d'influence et un sentiment d'inhibition : « Il y a des voix qui disent « elle ne doit pas manger » ou m'empêchent toujours de faire ce que je voudrais... J'ai toujours envie de sommeiller, je me sens comme forcée de faire ce que les autres font. »

Les jours suivants, l'état de Mlle B. change peu. On voit toujours prédominer chez elle le sentiment d'étrangeté, de

doute : « Mon frère n'est pas mon frère. Je ne suis pas une vraie malade dans un vrai hôpital. » Elle exprime des idées hypochondriaques et mélancoliques : « Mon estomac ne fonctionne pas, je suis perdue », dit-elle, et elle réclame quelque chose pour la faire mourir. Elle est inactive et s'alimente mal.

Le 5 novembre 1929 : La malade paraît bien orientée, répond avec précision à l'interrogatoire d'identité et peut dire où elle se trouve et depuis quand elle s'y trouve, mais elle reste incapable d'effort intellectuel comme celui qu'exige un calcul mental simple ou une définition de notions courantes.

L'inquiétude, la subanxiété, le sentiment d'étrangeté persistent ainsi que le sentiment de fatigue et les tendances interprétatives : « On met des fils sur ma robe (une voisine coud) ; cela doit avoir une signification ? On dit des mots à double sens. »

Au début de décembre 1929, brusquement ses troubles se modifient. La malade présente un aspect *hypomaniaque*. Elle chante, danse, déclame, s'étonne de sa facilité intellectuelle : « Chaque mot entendu est l'occasion d'une idée. Je suis constamment inspirée. » Pendant l'examen, la malade reste très calme. Quelques jours après, l'observation porte : Volubilité, bavardage incessant avec ébauche de fuite des idées.

Projets multiples, lectures, poésies ; dresse une liste des qualités qu'elle a acquises dans le service, écrit des études psychologiques.

Activité constante, range, nettoie, défait et refait son lit...

Fantaisies vestimentaires, ornements, découpures sur les murs.

Aisance, hypermimie, gaieté franche. *Contact affectif et contact avec ambiance absolument syntones.*

Légère congestion céphalique, surtout marquée par contraste.

Cet état dura trois semaines environ, puis une accalmie survint qui était assez fragile, la moindre occasion déclenchant de l'énervement, des récriminations.

En janvier 1930, Mlle B... traversa encore une courte période d'agitation, de même type et assez intense qui nécessita l'isolement.

La sortie eut lieu le 7 février 1930, la malade étant guérie de ses alternances de dépression anxieuse et d'excitation hypomaniaque.

Intervalle normal de février 1930 à décembre 1932.

Après sa sortie Mlle B... se plaça un an comme institutrice libre. Aucun incident d'ordre pathologique n'apparut pendant cette période.

En *novembre 1931*, elle prit la décision d'entrer à l'école des infirmières de la Salpêtrière, décision mûrement réfléchie. Elle travailla bien pendant toute la première année et passa ses examens avec succès après un travail assidu. Les vacances furent normales et les études furent reprises en octobre 1932. En décembre 1932, Mlle B... fut atteinte d'une petite infection avec bronchite ; cette grippe ne réveilla aucune atteinte ancienne ni somatique, ni psychique et les cours furent repris au bout de quelques jours. Mais quelques jours après cette reprise, apparut un état de *dépression*, d'asthénie physique et psychique caractérisée par de la fatigue générale, un manque d'entrain, une énorme difficulté à comprendre les cours et à fournir un travail intellectuel. En même temps des *préoccupations hypocondriaques* étaient survenues. Cette jeune fille craignait d'être devenue tuberculeuse et fit pratiquer un examen radiologique et un examen de crachats, qui furent tous deux négatifs.

En janvier 1933, ses règles furent très minimales et les mois suivants l'aménorrhée fut presque complète. Malgré cela, Mlle B... continua ses études tout en étant très déprimée, jusqu'au 19 mars 1933.

Ce jour-là elle fut en proie à une grande excitation, marchait en sautant. On observait de la logorrhée. Le lendemain l'agitation fut plus incohérente, et le surlendemain l'excitation fut prononcée. Elle entra dans le service de M. CROUZON, où l'on dut la camisolier quelques jours.

L'excitation persista quelque temps. Jeanne B... quitta le service en fin mai 1933 et put aller se reposer à la campagne ; mais au bout de quelques jours l'agitation fut telle que son frère dut aller la chercher et la ramener à Paris. Après une quinzaine de jours passés à la Salpêtrière, en proie à une agitation très intense, elle fut envoyée à Ste-Anne, où nous avons pu l'observer. Elle était déjà beaucoup plus calme lors de son arrivée, le 23 juin 1933.

Une poussée de furonculose s'est manifestée au début de cet accès, comme lors du premier en 1929. Les règles absentes depuis longtemps ont apparu à nouveau en ce mois de juin 1933.

Le certificat d'internement signalait les troubles suivants : « périodes d'agitation avec cris, chants, alternant avec des accès de dépression. L'affectivité paraît bien conservée, la malade est bien orientée, etc... ».

Dans le service de Clinique, la malade dès son entrée nous apparut très calme. Dans les notes prises, à cette époque, dans le service nous relevons quelques renseignements que voici : « Elle s'occupe, lit, coud, bavarde à l'occasion, s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle. Elle sait qu'elle a été

malade, se souvient très bien et raconte simplement et intelligemment l'histoire de sa maladie... » En ce qui concerne le début des troubles actuels, Jeanne B... raconte elle-même ce que nous avons cité plus haut d'après son frère. Elle eut une grippe en décembre 1932, subit la vaccination antidiphthérique en février 1933 et tout de suite après éprouva une grande fatigue. Il lui était difficile d'assurer son service. Elle manquait d'entrain. Le mouvement, le bruit la fatiguaient ; contre cela elle essayait de réagir. Il n'y avait à ce moment aucune anxiété, pas d'interprétations. Avant le 20 mars le sommeil faisait totalement défaut. Le 20 mars, alors qu'elle était à la Salpêtrière en stage, Mlle B... s'est livrée, sans réfléchir, à un ou deux actes un peu inconsidérés tels que de se laver les mains dans une salle d'opérations où l'on opérait ou de renverser une boîte de vaccinostyles qu'on lui avait confiée, actes après lesquels elle refusa de regagner l'école, comme on le lui conseillait et prétendit continuer son service, résista et dut être portée à l'Infirmerie.

Pendant une dizaine de jours, l'excitation fut prononcée et la malade raconte qu'elle cassa deux thermomètres.

On comprend, d'après ses récits, qu'elle eut quelques interprétations. Elle croyait qu'il était fait allusion à elle dans des articles de journaux ou dans des livres, que des médecins israélites du service lui en voulaient, qu'on l'observait avec malveillance.

De fausses reconnaissances, telles que la confusion d'après une similitude de voix d'une personne du service avec Damia, témoignent d'un certain *état confusionnel*.

L'anxiété fut assez prononcée, alimentée de l'inquiétude légitime qui résultait pour elle des conséquences de sa maladie en ce qui concernait sa situation d'avenir, le chagrin que devait éprouver à son sujet sa famille.

Puis, ce fut, nous dit-elle, une *période de dépression*. Toute idée délirante disparut alors. La malade éprouvait un sentiment de grande fatigue, de manque absolu d'initiative et répétait les gestes qu'elle voyait faire. Elle ne pouvait pas fixer son attention. Sa tenue était négligée.

Ensuite ce fut le départ pour la campagne ; le séjour qu'elle y fit en proie à l'*insomnie*, l'apparition de leucorrhée et le retour. Celui-ci fut suivi assez rapidement d'une grande amélioration...

Le calme persistant elle quitta Sainte-Anne le 27 juillet 1933.

De juillet à octobre, Mlle B... se porta très bien. Les règles qui avaient été normales les deux mois précédents furent en octobre beaucoup moins abondantes et accompagnées de malaises et d'un prurit généralisé avec angoisse.

Dans la nuit du 8 au 9 octobre, elle fut soudain réveillée vers 3 heures du matin comme par une secousse électrique, ayant l'impression d'avoir les pieds sur un fil électrique.

Le lendemain, elle était angoissée et abattue, incapable de manger, dégoûtée de tout.

Le 11 octobre elle entra à l'hôpital Henri-Rousselle. Elle y eut très peur et ne se rendait plus compte, nous disait-elle plus tard, de ce qui lui arrivait.

Mlle B... fut de nouveau placée à Ste-Anne, le 18 octobre 1933. Le certificat d'internement porte le diagnostic d'*état confusionnel* : « Début il y a moins de 1 mois, y est-il mentionné, excitation intense, propos incohérents euphoriques et anxieux. Actuellement *impression de transformation*, inquiétude : ne reconnaît rien. Se croit au milieu de fausses malades, doute être dans un hôpital, ne comprend rien à ce qui l'entoure. Craintes d'empoisonnement (refus de médicaments pour ce motif). Interprète les propos du personnel et des malades, cela se rapporte à son cas, on veut sans doute abuser d'elle, s'est crue dans une maison de prostitution. Anxiété, turbulence avec impulsions violentes subites, etc. » (COURTOIS).

Un autre certificat la déclare atteinte de schizophrénie probable en évolution, et signale les symptômes suivants : « Obnubilation intellectuelle. Désorientation partielle. Bradypsychie. Sentiment d'anormalité. Réponses à côté. Idées confuses de persécution. On veut lui faire du mal, la livrer à la prostitution. Anxiété. On veut la faire mourir. Bizarries. Se met nue sur son lit. Restrictions alimentaires. Excitation par intervalles. Chants... » (DUPUY).

Le certificat immédiat du Professeur CLAUDE est ainsi conçu : « Etat confusionnel avec dépression, fatigue, anémie. Deux entrées antérieures pour syndrome périodique (excitation et dépression). Actuellement, gros troubles de l'attention, des associations, barrages de la pensée. Conservation de la mémoire contrastant avec absence complète de suite dans les idées. Schizophrénie probable procédant par poussées évolutives sur terrain bacillaire. »

L'examen pratiqué dans le service nous fait alors constater que la malade est bien orientée, mnésique et partiellement consciente de son état. « J'ai eu la tête un peu perdue, dit-elle ; j'attribue cela à la neurasthénie. » Au cours d'un autre interrogatoire, elle dit brusquement sans qu'il existe aucun lien entre cela et les propos précédents : « les idées incohérentes ».

Elle dit elle-même que lorsqu'elle est en crise elle *interprète* mal ce qui se passe autour d'elle et son imagination se déclanche alors, comme il en fut à Henri-Rousselle où elle a

cru se trouver dans une maison de prostitution. A ce moment, elle reconnaissait dans des photographies de magazine d'anciennes compagnes d'école.

Mais sa conversation est très décousue et ses propos peu suivis. Elle exprime une certaine anxiété en ces termes : « Pourquoi est-on folle ? » Sans suite elle passe d'une idée à une autre, ou les associations sont bizarres. En voici quelques exemples : « La loi sur les aliénés de 1838 ne permet pas de retenir les personnes non aliénées. Pourquoi est-on folle ? L'hérédité peut-être... On ne doit pas maintenir injustement. Je ne veux pas être un sujet d'études... Mon dossier est là, il faut s'incliner devant la volonté d'un chef... Qu'est-ce qu'il y a donc ? Je n'ai pas fait l'ordonnance. Tous les médicaments ont une action... C'est jeudi aujourd'hui..., alors..., mon frère m'a dit..., Seulement je suis rentrée..., Ce qui me fait mal ce sont les personnes attachées... On peut étudier tout, les réflexes, etc... »

Les phrases sont très souvent inachevées ; elle ne semble pas pouvoir exprimer sa pensée ou tout au moins arriver à l'achèvement de l'expression de sa pensée.

Elle reconnaît parfaitement les médecins et d'anciennes malades du service et rapporte certains détails qu'elle avait observés lors de son précédent séjour.

L'état physique est assez déficient ; on constata de la pâleur, un aspect fatigué, la voix est toujours voilée.

Mlle B... se plaint, en outre, d'une céphalée frontale continue, assez modérée et qui s'accentuerait dans certaines positions.

Elle désire guérir et travailler. Ses sentiments familiaux semblent normaux et inchangés.

Le 11 novembre 1933 s'installe rapidement un état d'excitation. Jeanne B... a commencé par déambuler, sauter, danser, puis a crié fort et a tout jeté à travers la pièce de ce qui constituait sa literie. Elle a déchiré son maillot et plusieurs pièces de linge. Elle a refusé de s'alimenter, crachant sur ce qu'on lui offrait. Tout à coup, pendant qu'on essayait de la faire boire, elle rejeta le gobelet et cria, puis émit une série de mots sans suite, comme s'il s'agissait de mots tirés d'un dictionnaire. On avait l'impression de décharges subites avec agitation motrice, cris survenant tout à coup et cessant au bout de quelques minutes.

La nuit suivante fut marquée par de l'insomnie.

Le 12 novembre, nous voyons la malade en cellule, camisolée, en proie à une grande agitation motrice et verbale. Elle pousse des cris, des hurlements même. Les propos qu'elle émet sont incohérents, décousus, incompréhensibles. Malgré cette agitation désordonnée, les propos ont quelques

traits d'aspect maniaque ; on y constate une certaine agressivité, une grande familiarité parfois, avec conscience précoce de la personne à laquelle ils s'adressent. La malade reste bien orientée et reconnaît les personnes de son entourage.

En lui adressant quelques paroles, on n'arrive pas tout d'abord à obtenir d'elle de véritables réponses ; mais bientôt l'agitation se calme et nous pouvons l'interroger.

Au cours de cet interrogatoire, nous avons retrouvé le même sentiment d'inhibition, le même flou de la pensée et nous avons constaté de nombreux barrages. Elles se sent toujours une grande timidité à cause de laquelle elle craint de ne pouvoir jamais sortir. La difficulté qu'elle éprouve à penser est grande comme elle nous le déclare : « Je regarde, je ne pense pas, j'ai énormément de difficulté..., ou alors il faut que ce soit avec des personnes avec qui... vous soyez en sympathie. » Comme beaucoup de questions restent sans réponse nous lui demandons si nos questions l'importunent ; à cela elle répond : « Non, mais je ne peux pas répondre... j'ai mal répondu, j'aurais dû mieux répondre, mais il me semble que c'est inutile, que cela ne changera rien. » Elle nous dit aussi : « Je n'achève pas mes phrases, c'est une habitude » et raconte qu'à son entrée à l'hôpital elle passait d'une idée à une autre sans trouver de lien.

Le sentiment d'incapacité s'exprime encore en ces termes : « Je vois autour de moi des personnes qui sont habiles, qui travaillent, je me sens incapable, il me semble que je n'arriverai jamais et pourtant je voudrais réagir. » La malade éprouve un fort *sentiment d'étrangeté* accompagné d'anxiété et d'idées assez imprécises d'influence et d'action extérieure qui semblent assez fugaces. « J'ai l'impression, dit-elle, qu'il se passe des choses anormales autour de moi ; tout est fait pour que ça ne paraisse pas bizarre et le fond doit être bizarre... Je me sens sotte, je me sens devenir..., il me semble que je suis complètement abrutie comme si j'avais reçu un gros choc... J'ai l'impression qu'il se trame quelque chose, que je suis un sujet d'expérience, que je suis sacrifiée, qu'on en veut aux Françaises et comme je suis française qu'on veut me sacrifier, comme je vois beaucoup d'étrangers ; pourtant on s'est montré aimable avec moi... Il me semble que mes propos sont rapportés aux infirmières ; je ne peux pas analyser mon état. »

L'ambiance lui apparaît non seulement étrange, mais hostile, moqueuse : « Il me semble que je suis antipathique à toutes les personnes qui m'entourent, que cela se communique d'une personne à l'autre, que cela grossit et grossit... » Elle a peur pour l'avenir, est anxieuse, il lui semble que son état va se prolonger, qu'on la suivra partout.

Des hallucinations, ou plutôt des pseudo-hallucinations, ont pu avoir lieu, mais les renseignements que nous avons obtenus d'elle à ce sujet sont si flous qu'il est difficile d'affirmer leur existence.

Il lui semblait qu'on parlait d'elle à voix basse, qu'on l'injurait : « J'ai l'impression, dit-elle, qu'on joue la comédie. On parle de l'Armée du Salut, des élus de l'accord, on répète toujours cela. » A un moment, parlant de faits analogues, elle nous déclara : « Je ne sais si c'était moi-même qui le pensais ou si on le prononçait à ce moment-là. »

Elle s'est plainte à un moment qu'on « parlât tout le temps de choses sexuelles ».

Nous avons essayé de l'interroger sur l'existence de sentiments d'influence ou d'action extérieure. Elle semble reconnaître qu'elle éprouvait le phénomène de l'écho de la pensée, peut-être celui du devinement de la pensée, ou l'impression de pensées et d'actes imposés. Nos questions ne provoquèrent pas de réponses nettes, mais des réactions émotives très vives telles que rougeur de la face et des conjonctives, imminence de larmes. Elle fit un signe affirmatif en réponse à certaines questions. Sa réticence demeura assez grande à ce sujet et elle ne nous cacha pas qu'elle redoutait à cause de ce qu'elle avait dit d'être gardée plus longtemps dans le service, puis elle refusa de s'étendre davantage sur ces faits.

Son anxiété que nous avons signalée se manifesta à plusieurs reprises au cours de l'interrogatoire. Elle nous demanda ce que signifiait l'expression D.P., qu'elle venait d'entendre prononcer par un des médecins. Constamment elle avait peur d'être observée.

Les jours suivants l'excitation persista avec des variations d'intensité et de caractère. On constata souvent une fuite des idées avec incohérence et des barrages. Certains jours elle se disait très contente et se laissait alors entraîner à chanter, danser, crier sans pouvoir s'arrêter, ce qui constituait une détente.

Parfois des voix auraient été entendues qui l'appelaient : « Jeannette, Jeanne, Miss B. » Ces voix étant d'hommes ou de femmes.

En fin de novembre, l'état était à peu près le même, caractérisé toujours par l'excitation surtout verbale qui revêtait parfois l'aspect de la salade de mots tant le discours était incohérent. D'autres fois la bizarrerie était caractéristique d'une introversion particulièrement intense, comme dans les propos suivants : « J'ai regardé mon attitude pendant que vous m'interrogiez » (rires). Parfois soudain anxieuse elle criait : « au secours, la bouée de sauvetage », puis rapidement calme et souriante elle ajoute : « dans l'eau de la piscine... l'enfer, le ciel ».

En décembre, elle fut plus calme mais déchirait le linge. On observait toujours chez elle le flou de la pensée, un sentiment de vague, des réponses lentes à apparaître, des phrases inachevées et pourtant une orientation satisfaisante, en général un peu défaillante par courtes périodes.

En janvier 1934, la dépression persista avec l'impression de ne plus s'intéresser à rien, mais les réponses étaient plus pertinentes, les propos absurdes et incohérents avaient cessé.

En fin janvier, une nouvelle période d'agitation survint. On nota la logorrhée avec salade de mots et associations par assonances. Des réflexions étaient faites concernant des objets et des personnes environnantes. L'impression qu'on tirait de l'examen était celle d'un état de type maniaque.

Cette période persista pendant un mois et demi environ mais avec une agitation moins intense dans sa seconde moitié. A ce moment on lui incisa un abcès. Puis elle eut en fin mars et au début d'avril une pleurésie séro-fibrineuse de la base droite.

Sa sortie fut autorisée le 14 mai 1934 par le certificat suivant : « Etat d'excitation avec confusion périodique, troubles de l'attention et des associations. Evolution schizophrénique sur terrain bacillaire. Sulfo-chrysothérapie (2 séries successives). Amélioration transitoire après la première série. Rémission après la deuxième ; abcès à la fesse. Epanchement de la base droite au début de la rémission. Actuellement psychologiquement normale, mais Vernes, résorcine restant élevées. Convalescence à surveiller étroitement au point de vue pulmonaire..., etc... » (DUBLINEAU).

Les rémissions observées chez cette malade lui ont permis une excellente adaptation à la vie sociale et nous l'avons vue nous-même ne présenter aucun déficit intellectuel ni affectif. Cependant, lors même des dernières sorties, elle nous apparut conserver quelques traits légers de caractère schizoïde, gardant une apparence un peu distraite.

Nous pouvons penser qu'une partie importante de la séméiologie observée était d'ordre réactionnel, que des conditions de vie, le surmenage pouvaient avoir, à titre de conditions exogènes secondaires, déclenché certains accès. En cela, ce cas pourrait s'apparenter cliniquement à la Schizomanie de CLAUDE et de ses élèves. Mais, lors du dernier accès, la dissociation nous sembla plus prononcée qu'auparavant. D'autre part, chez elle, un pro-

cessus de tuberculose est peut-être en cause dans l'apparition des troubles. Ceci nous conduit à faire le diagnostic de psychose discordante évoluant par poussées plutôt que celui d'états réactionnels (1) survenant sur un état permanent (caractère constitué par un certain développement ou par l'effet d'un léger processus fixé). C'est pourquoi nous pensons devoir réserver le pronostic.

OBSERVATION XIII

(Malade du Service de M. le D^r MARCHAND)

M..., né en 1902.

M. a subi trois internements à la suite desquels il a repris la vie habituelle complètement guéri des troubles qui avaient amené son entrée à Sainte-Anne.

Dans les antécédents familiaux signalons le suicide d'un oncle paternel par pendaison. Une sœur plus jeune ne fut considérée par la famille comme un peu « nerveuse ».

La scolarité du malade fut assez normale. Il exerça différents métiers tels que ceux de livreur, de caissier. Malgré des changements assez fréquents il fut assez bien noté en ses différentes places. Son caractère est sociable et présente quelques anomalies. Il fut en effet fiancé quelques années avant les premiers événements morbides avec une jeune fille qui lui trouvait un caractère boudeur, susceptible. Ces fiançailles n'eurent pas de suite.

Un épisode infectieux appelé grippe survint au cours de l'hiver qui précéda le premier internement.

Le malade nous fait lui-même le récit des événements qui provoquèrent cette mesure.

Huit jours avant de tomber malade, après avoir dîné en famille, il devint entreprenant avec sa cousine germaine. Celle-ci ne repoussa pas ses avances et l'accueillit dans sa chambre où des rapports sexuels eurent lieu.

Peu après, comme il se trouvait, dans le salon d'attente d'un dentiste qui les traitait tous deux, en compagnie de sa cousine, celle-ci lui dit : « Je me sens toute drôle, n'as-tu pas fait une bêtise ? » M. savait que sa cousine avait eu un amant, homme marié, mais qu'elle ne le fréquentait plus depuis deux ans. Il fut pris cependant d'un doute profond quant à la paternité de cet enfant éventuel. Il soupçonnait sa cousine de vouloir se faire épouser par lui. L'idée de cette

(1) Pour les différences entre poussée due à un processus ou réaction survenant secondairement à ce processus (voir plus haut conclusion 1^{re} partie).

conception possible le bouleversa et lui coupa l'appétit le soir. Le lendemain il déclara qu'il était juif, qu'il avait changé de religion et accosta les gens dans la rue. Puis le jour suivant il fut très agité, errant la nuit, se cognant la tête. Il voulait se tuer en se jetant par la fenêtre. « Mon Dieu, disait-il, pardonnez-moi, ma tête s'égare. » Dans cet état de confusion agitée, il parla de sa fiancée qu'il avait fréquentée pendant quatre ans, sans qu'ils eussent de rapprochements sexuels et sans que le mariage eut lieu faute d'avoir trouvé un logement, nous dit-il.

Le *premier internement* eut lieu en mai 1928 pour « dépression mélancolique avec mutisme et réaction suicide (défenestration). Refus d'aliments. Opposition. Marmotte-ment silencieux. Démence précoce probable ».

Au bout de quelque temps son opposition cessa aux instances réitérées et il donna quelques renseignements, puis se plaignit de souffrir partout dans le ventre. « Je veux, disait-il, devenir juif ; pourquoi ne suis-je pas juif ? » Il exécutait avec lenteur des ordres simples, poussait des gémissements et des cris. On le voyait sourire puis se mettre en colère et il récitait du bout des lèvres des tirades incohérentes. On notait encore la bizarrerie de ses attitudes, son agitation.

Il était désorienté dans le temps et l'espace.

Les visites de sa famille ne provoquaient de sa part aucune réaction autre que celle de réclamer du pain. Aucune tendresse, aucun intérêt pour les siens ne se manifestaient.

En juillet, on constate du négativisme, de l'opposition avec refus d'aliments et nécessité de recourir à la sonde pour le nourrir, des fausses reconnaissances, du gâtisme.

Cet état fut transitoire et, en novembre 1928, il sortit guéri des troubles qu'il présentait auparavant.

Cet état favorable se maintint jusqu'au mois d'avril 1929, époque à laquelle apparut un amaigrissement assez prononcé et un changement de caractère. Il quitta la place qu'il avait occupée convenablement jusqu'alors à la suite d'une dispute et dépensa très rapidement « à faire la noce » l'argent qu'il avait reçu en partant. Il a fait plusieurs places mais sans se fixer nulle part et à plusieurs reprises rentra tard le soir, ce qui inquiéta ses parents et provoqua des réactions émotives de sa part. Pendant tout ce temps une idylle ébauchée échoua au moment même qu'il faisait part à ses parents de ses projets de mariage. Il attendait avec anxiété la décision de sa fiancée et ne la voyant pas venir tenta encore de se jeter par la fenêtre. Ses parents le firent alors entrer à nouveau à Sainte-Anne. Le refus de la fiancée arriva après son hospitalisation.

Ce *second internement* eut lieu en mai 1932. Le certificat

de l'Infirmierie spéciale porte : « Manie atypique. Possibilité de substratum évolutif (D.P.). Mutacisme. Opposition. Jeux mimiques spontanés avec exagération et, semble-t-il, anidémisme. Tonus général avec hypertonies partielles. Air somnolent. Occlusion des yeux, désolations factices. Élément dépressif révélé par les actes. Intentions suicides. Confession dans ce but, peut-être projet de suicide à deux ; voulait s'enfermer avec sa sœur. Religiosité. Inspiration divine. Pouls 100. R. O.-C. 80-100. En 1928, tentative de défenestration... »

Les jours suivants on note l'agitation, la loquacité sans suite, les rires, le refus d'aliments, l'opposition, quelques grimaces... L'interrogatoire n'obtient aucune réponse précise. Le malade sait pourtant qu'il est à Sainte-Anne. « Alors, déclare-t-il, vous m'avez deviné, mais je peux changer mon langage. » Il ne veut pas se « laisser sonder par un esprit féminin », dit-il à la jeune femme alors interne du service. On ne peut fixer son attention. A la question posée relativement à la durée de son séjour depuis son entrée, on obtient en réponse ces paroles : « Je ne veux pas vous répondre avec ma voix humaine. N'oubliez pas que nous sommes sur la terre et que nous serions deux damnés. »

« Les montres, les pendules s'arrêtent sur moi et selon mon désir, je suis Dieu ; il faut me laisser accomplir ma mission... Le Docteur M. est l'archange Gabriel... Vous voulez encore tâter le vague à l'âme. »

En novembre 1922, il sortait, ne présentant plus de troubles confusionnels, mais un peu d'apathie.

Son comportement semble avoir été plus anormal lors de cette rémission que lors de la précédente. M. ne put travailler régulièrement. Il changea de situation plusieurs fois, l'une d'elles nécessitant qu'il fît des comptes dans lesquels il s'embrouillait, qu'il fût responsable de sommes d'argent qu'il perdait. De plus, il s'irritait de la moindre observation. Au début de février 1934 de nouveaux troubles apparurent. M. parla à nouveau de choses religieuses, ce qui n'arrivait que lors des accès. Il ne travaillait guère, allait à la pêche ou traînait dans les cafés. Enfin il trouva une place de domestique ; mais dès le cinquième jour de cet emploi les troubles s'accrochèrent en une nouvelle crise d'agitation qui nécessita l'internement.

Ce troisième internement fut accompagné du certificat suivant : « Syndrome d'excitation intellectuelle avec extrême incohérence des propos. Discordances multiples. Usage de mots détournés de leur sens. Néologismes, barrages soudains. Périodes d'agitation motrice puis stéréotypées d'attitudes, de mouvements, stéréotypées verbales. Impulsivité

sans raison connue, brise le binocle de sa concierge, puis la glace arrière d'une auto. Troubles profonds de l'attention... Grande probabilité de D.P. en évolution » (BROUSSEAU).

Le certificat de quinzaine est ainsi conçu : « Etat mental pathologique chronique avec alternatives de périodes de dépression et d'excitation. Actuellement, agitation avec confusion dans les idées. Grimaces. Opposition... etc... (MARCHAND).

Cette phase est marquée par des clignements d'yeux, du mutisme. Alternances de mutisme, d'ironie, de théâtralisme et d'hostilité. Il prend le docteur M... pour le docteur T... « le plus grand aliéniste de la planète ». On note une volubilité décousue : « Maintenant, nous allons aborder la question de la syphilis ; en ce moment, nous avons un tas de bicots qui cherchent à nous enc... ; maintenant, la carte de la Corse... »

Mais il est capable de répondre très précisément à beaucoup de questions et se montre bien orienté.

En juin 1934, son état était très amélioré. Il gardait encore un aspect un peu rêveur, parlait de la musique comme d'un refuge, de vivre comme une âme en peine. « Je ne serais pas le garçon à aller faire une manille ou un billard. Je serais plutôt flâneur. Etre à tu et à toi entre copains c'était pas mon caractère. » Dans son enfance il était toujours sérieux, aimant « tout ce qui est écrit dans les livres, sauf les mathématiques ». Vis-à-vis des siens, des maîtres, il se montrait obéissant et craintif.

En résumé, état schizoïde qui s'accroît, la tendance à la rêverie, au vagabondage, ayant augmenté dans le second intervalle sain, et qui est entrecoupé à chaque essai de réalisation sexuelle ou pragmatique de réactions hyperémotives avec confusion, dépression mélancolique ou excitation maniaque atypique. Ces réactions, symptômes secondaires psychogénétiques, paraissent favorisées par le fond légèrement et *progressivement déficitaire* dont on constate l'existence dans l'intervalle des accès. Il est à noter que les réactions se font dans un sens schizophrénique et que la syntonie, la pénétration affective semblent bien alors faire défaut. Ces considérations nous paraissent devoir entacher de gravité le pronostic.

OBSERVATION XIV

(Malade du service de M. le Dr CAPGRAS)

Mlle C., née en 1914, est actuellement à Sainte-Anne.

Le *premier internement* eut lieu d'octobre 1930 à janvier 1931, la malade ayant 16 ans.

A ce moment, on notait : « Délire confusionnel avec idées polymorphes et propos incohérents vraisemblablement en rapport avec une psychose hétérophrénique en évolution.

Se croit à Henri-Rousselle chez ses parents. Manifeste une désaffectivité envers sa mère. Se prétend très belle, en plâtrine, être la Sainte Vierge, sainte Thérèse et cependant modiste. Nous appelle Robespierre, prend l'interne pour saint Antoine.

Hallucinations auditives. Voix. Ordres. Dénudation. Turbulence. Gâtisme ordinaire » (DUPOUY).

« Etat délirant polymorphe. Excitation intellectuelle, propos sans suite, fuite des idées, idées de persécution sans systématisation, idées mystiques..., préoccupations hypocondriaques. Vagues idées de grandeur : diplômes, connaît une langue nouvelle. Mobilité de l'humeur, chants, sourires, pleurs. Turbulence continue. Choc émotionnel invoqué. Possibilité de début d'hétérophrénie. »

Ensuite fut fait le diagnostic de confusion mentale. La malade sortit guérie.

Quelques jours après apparaissait un nouvel accès qui a nécessité un *second internement* de fin janvier 1931 à fin mai 1931.

Il s'agissait alors « d'agitation désordonnée vraisemblablement symptomatique d'une psychose hétérophrénico-catatonique en évolution », avec confusion dans les idées, propos incohérents et ambivalents, chants, sourires et rires immotivés, gesticulations stéréotypées, maniérisme, dénudation, attitudes parfois catatoniques, etc...

Peu après l'agitation revêtait l'aspect de l'excitation maniaque avec confusion (CAPGRAS). Le calme survint rapidement et permit la sortie.

Un *troisième internement* eut lieu de juin à octobre 1932 où l'on fit le diagnostic de démence précoce à évolution discontinue, d'excitation symptomatique de démence précoce avec stéréotypies (MIGAULT). La sortie put encore être réalisée.

Le *quatrième internement* se fit en juillet 1933. Cette fois encore la logorrhée, les chants, les cris, la turbulence peuvent faire penser à l'excitation maniaque. La malade présente de l'opposition, disant qu'elle parlera si elle veut, qu'on ne saura pas ce qu'elle a dans la tête, manifestant de l'ironie. Mais des rires aux éclats sont fré-

quents et ne s'accompagnent pas de l'expression d'un contenu idéique en rapport avec eux. Du reste le contact avec la malade est assez difficile à réaliser.⁴ Spontanément les propos sont décousus, par ex. : « Vous avez eu ma tête tout à l'heure, vous en avez fait deux. » Les réponses, assez adéquates au début, se perdent rapidement dans des propositions vagues qui n'expriment qu'une pensée floue exprimée à mi-voix ou par fragments avec éclats, sans effort pour retenir l'interlocuteur et plutôt comme le simple fait de dire, par intervalle, des fragments autistiques. L'agitation est fréquente mais désordonnée, surtout impulsive et clastique. Malgré ces traits relevant essentiellement de la démence précoce, Mlle C... paraît suivre d'un regard distrait les événements de l'ambiance et ceux-ci ne lui sont pas absolument indifférents.

OBSERVATION XV

(Malade du Service de M. le D^r CAPGRAS)

Mme D..., 29 ans, née de père alcoolique, a fait des études secondaires. Elle fut mariée peu de temps. Son mari, de caractère bizarre, l'isolait. Cet homme mourut après quelques années de mariage, en 1930.

Le 9 septembre, Mme D... fut envoyée à l'Infirmierie spéciale à l'asile, avec le certificat suivant : « Accès maniaque typique. Agitation subite. Familiarité. Erotisme. Chants. Danses. Déclarations à son patron, au secrétaire du commissariat, aux agents. Facéties en actions. Accent simulé, maniérisme, etc... » (DE CLÉRAMBAULT).

A l'entrée on note : « Excitation maniaque, jeu verbal » (CAPGRAS). Des thèmes érotiques accompagnaient cette excitation verbale dans laquelle étaient prononcés des mots grossiers.

Une période fébrile survint peu après et l'on songea au diagnostic de délire aigu.

Cet épisode terminé une certaine impulsivité dominait le tableau clinique.

En juin 1934, l'excitation persiste avec incohérence des propos. Les périodes d'excitation sont séparées entre elles par des périodes de dépression et d'engourdissement pendant lesquelles la malade dort beaucoup. On note l'absence de signes catatoniques, quelques réflexions ironiques et parfois quelques impulsions. Il n'y a pas de stéréotypies nettes. L'attention est assez éveillée pendant les périodes d'excitation.

Actuellement la malade est inerte, avec un facies pâle et inexpressif. Après une période d'opposition et de mutisme

complet, elle présente maintenant un état d'apathie, d'inertie et répond par quelques monosyllabes aux questions posées. Elle s'alimente bien, mangeant gloutonnement et avec voracité.

Malgré un léger réveil et même si une nouvelle période d'excitation reparaisait, ce cas nous semblerait être du domaine de la démence précoce et représenter le type à début maniaque.

OBSERVATION XVI

(Malade de M. le Dr SCHIFF, à l'hôpital Henri-Rousselle)

Mlle A., actuellement âgée de 27 ans, est entrée pour la première fois à l'hôpital Henri-Rousselle en 1931, à cause d'un état de *dépression* survenu à l'occasion de la mort de son père. A la même époque, attachement sentimental pour un jeune homme avec accompagnement de rêverie sans rien manifester à l'objet qui ignorait certainement la chose. « C'étaient des imaginations ». Sortie au bout de 17 jours, elle reprit, après deux mois de convalescence, son travail. Vie en apparence normale. Travaillait bien. Aimait la société.

Brusquement, en 1933, reprise des troubles qui se manifestent encore sous une forme dépressive, mais d'un type schizophrénique. C'est un découragement, une « paresse qui s'empare de moi ».

En même temps, désintérêt ; inactivité ; difficulté de l'effort. Lectures non fixées. Goût pour la rêverie, « les choses irréelles ». Barrages.

D'autre part, on constate par moments une indifférence affective et émotionnelle assez ambivalente, « ni triste ni gaie ». Parfois, elle éprouve un sentiment de tristesse immotivée. « Je n'ai pas de raison d'être triste ». Vague sentiment de méfiance vis-à-vis de l'ambiance, légère hostilité pour le frère ; mais pas d'idées délirantes.

Pauvreté de la minique. Faciès atone, inexpressif. Mouvements ébauchés qui restent inachevés. Absence d'effort.

OBSERVATION XVII

(Malade de l'hôpital Henri-Rousselle
qui nous fut signalée par M. SCHIFF)

Mlle F..., 28 ans, est d'une famille névropathique. Le père, la mère, le frère sont atteints de psychonévroses.

Antécédents : à 15 ans et demi, période de tendance invincible au sommeil qui dura quatre jours.

Caractère : de tout temps « nerveuse », avec somniloquie ; douce ; travail médiocre ; bizarreries du comportement et de la mimique (sourires sans raison, soliloque, voracité).

Début des troubles à 19 ans, après le mariage de sa sœur et une déception sentimentale, accès confusionnel avec onirisme nocturne et agitation (chants, logorrhée, fugues). Hospitalisée à Henri-Rousselle, y tient des propos incohérents (elle va épouser un cheval rouge...) montre une activité de jeu, fait des associations où domine l'assonance. Après deux mois d'hospitalisation, elle sortit et reprit son travail.

En 1928, son père mourut. Dépression réactionnelle à ce moment.

En 1929, nouvel accès confusionnel et onirique avec fièvre. Elle avait peur d'être enceinte, car elle entendait dire qu'elle l'était. La malade confond l'accès dépressif consécuteur à la mort de son père et cet épisode avec signes toxi-infectieux.

On note à cette période un certain degré de discordance avec sourires niais, gestes un peu stéréotypés. Une amélioration survint rapidement qui permit la sortie de la malade environ deux mois après l'entrée et la reprise de son travail.

En octobre 1933, « grippe » avec éléments confusionnels, puis excitation, logorrhée et récits imaginatifs. A ce moment, on constatait un certain degré de haine contre sa mère et le désir de rester dans le service plutôt que de sortir. L'attention est difficile à capter et se fixe difficilement.

Le comportement dans la suite garde une allure bizarre, incohérente et absurde. A certains jours, elle s'agite quelque peu, surtout à l'époque des règles : on la voit alors se coucher dans tous les lits, uriner partout. Sa démarche est parfois titubante, sa phonétique bruyante.

Quelque temps après, nous la trouvons toujours couchée, incapable de travailler, dormant pendant de longues heures, ou restant dans une sorte d'apathie ou de somnolence d'où elle ne se laisse pas volontiers tirer. Puis, après une courte opposition, elle devient presque affable, répondant assez volontiers aux questions posées. Mais, dans l'ensemble, son comportement est mal adapté.

OBSERVATION XVIII

(Malade de M. le Dr Ey, à Bonneval)

C... Louise, née en 1880, entrée le 5 octobre 1922, internée à Paris en avril 1921 (Mais. BL).

Début par mélancolie (dépression psychique, anxiété, pleurs, auto-accusation ; damnation ; fond de débilité...).

Propos incohérents avec sentiments d'influence ; dissocation prononcée ; humeur gaie.

Exemples de ses propos :

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — Je ne sais pas bien, regardez, je suis marquée, je suis bien marquée. On est à la troisième république.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Je suis à Bonneval... c'était une abbaye...

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — Je ne me rappelle plus, on va refaire un nouveau calendrier. Mon régiment était tout au nouveau.

D. — Vous avez donc été soldat ?

R. — J'étais au 20^e comme éclaireur.

D. — Êtes-vous donc un homme ?

R. — Je suis un homme, homme de loi. A la même question, posée un peu plus tard, elle répond : « Je suis une femme, vous ne pouvez pas voir la robe ; si vous aviez la robe (rires)... vous auriez bien voulu avoir la robe ».

« J'ai été au Pôle Nord, avec M. Bonnet, en Océanie. J'ai fait un voyage aussi dans le midi. »

Elle exprime des idées d'influence imprécises :

« Je m'appelle Cervelet et le Cerveau, je discute la machine humaine... »

« Vous avez reproduit sur moi, regardez-moi, je m'appelle la terre et non le ciel... »

« Vous m'empêchez, dit-elle à plusieurs reprises.

« Vous m'empêchez parce que vous êtes plus fort que moi ; vous êtes cerveau et je suis cervelet ».

Par moments, elle s'arrête de parler et on a l'impression d'un barrage. Un *maniérisme* prononcé accompagne les paroles. Des rires sont fréquents apparaissant sur un fond d'humeur gaie et expansive.

Cet état de l'humeur pourrait faire poser le diagnostic de Manie chronique, mais les propos incohérents et les sentiments imprécis de dépersonnalisation et d'influence, la personnalité dissociée nous inclineraient plutôt à poser le diagnostic d'une démence paranoïde où apparaissent les résidus d'un délire fantastique.

OBSERVATION XIX

(Bonneval)

Mme V..., 46 ans, née le 5 juin 1888.

Première entrée le 10 octobre 1919, pour agitation maniaque ; refus d'aliments.

Seconde entrée le 15 mars 1934, pour dépression mélancolique, stupeur, inhibition.

Bien orientée.

Verbigération, soliloque, mais pas schizophasie.

Raconte avec verbigération les événements qui ont déterminé son internement et celui de sa fille. Elle ne s'entendait pas, dit-elle, avec son gendre.

Inactivité, donne l'impression d'un affaiblissement progressif.

Dans l'intervalle des accès, *inactivité* et dépression. Elle était très déprimée lorsqu'elle revenait à l'asile voir sa fille internée.

Deux filles internées.

Nous considérons qu'il s'agit d'un état démentiel progressif après deux accès maniaque et mélancolique dont l'aspect ne semble pas avoir été typique ou qui relèvent vraisemblablement de la démence précoce.

Sur ces deux points, à savoir :

1° Les psychoses discordantes peuvent subir une évolution discontinue ;

2° elles peuvent présenter, à un moment, une séméiologie maniaque et surtout mélancolique,

plusieurs travaux ont été publiés. En France, les publications les plus importantes ont été celles de Mlle PASCAL et d'HALBERSTADT qui résument les travaux étrangers et apportent leurs propres opinions sur les faits qu'ils ont observés.

La discontinuité peut être due à des rémissions du processus, des intermittences de son évolution. Cette évolution peut même revêtir le type circulaire.

La fréquence des rémissions est assez discutée. Mlle PASCAL nous rapporte les opinions des auteurs allemands et les résultats de leurs statistiques. HALBERSTADT relève les exemples de rémissions de longue durée (jusqu'à 29 ans dans un cas de KREPELIN). En moyenne elles sont de quelques mois à un ou deux ans.

Pour Mlle PASCAL, il faut distinguer les fausses rémissions constituées par la *disparition des troubles épisodiques* (états délirants, hallucinations) mais avec persistance de tous les phénomènes démentiels, de *l'arrêt*, de *l'atténuation* et de la *disparition* des phénomènes démentiels. Or, en général, ce sont surtout les troubles épisodi-

ques (secondaires selon BLEULER) qui disparaissent. Nous avons déjà noté que JASPERS fait une distinction analogue entre les états réactionnels secondaires et les poussées évolutives du processus. C'est là une distinction qui part d'un point de vue structural dont l'importance n'est pas seulement théorique mais pratique puisqu'on peut en tirer maints éléments de pronostic.

Les formes intermédiaires seraient surtout faites d'états d'excitation. Il s'agirait souvent d'agitation catatonique. URSTEIN avait signalé ce cas et décrit un type que certains auteurs ont appelé psychose d'URSTEIN. Ce type correspond à des « *attaques maniaco-dépressives se terminant par un état schizophrénique* ».

KRÆPELIN, dans son édition de 1913, décrit une *forme périodique de la Démence précoce*, séparée par lui de la psychose maniaco-dépressive parce que s'y observent :

a) une agitation de caractère aveugle, stéréotypé et impulsif ;

b) la constance d'un état terminal schizophrénique. L'agitation peut s'accompagner de confusion.

MULLER, en 1924, écrit de la forme périodique de la D.P. qu'il s'agit en général de périodicité, mais pas toujours assez régulière pour justifier réellement ce terme, et d'accès d'excitation catatonique avec prédominance de troubles moteurs. (« *Trouble mental catatonico-hyperkinétique* »). Ce type est en outre défini par la ressemblance entre eux des divers accès chez le même malade et par une intégrité psychique relative dans les intervalles.

L'évolution circulaire peut aussi s'observer. Elle s'applique surtout à la catatonie ainsi que la décrit KAHLBAUM. Mais il existe pour KRÆPELIN une forme circulaire proprement dite dont le début se fait par un état dépressif avec délire mélancolique et des troubles sensoriels. Plus tard surviennent des accès aigus marqués par une agitation violente, de l'impulsivité, du maniérisme. Ces accès ont une apparition et une disparition brusque.

WIEG-WICKENTAL décrit parmi les formes de D.P. intermittente une *variété à accès « pseudo-maniaques »*, des variétés à évolution circulaire.

Pour RAECKE la « *catatonie par poussées* » avec une « *sorte d'évolution circulaire* » est une forme de début de la D.P. (1).

Le début mélancolique de la démence précoce a fait l'objet de plusieurs études de Mlle PASCAL qui cite les statistiques de nombreux auteurs et présente elle-même plusieurs observations. Elle fit aussi une communication au Congrès de Lille en 1906 sur ce sujet. Le début de type maniaque serait plus rare.

FASSOU a consacré sa thèse à ces faits. Il y traite minutieusement le diagnostic différentiel entre les stupeurs confusionnelle, mélancolique et catatonique.

L'intermittence et l'existence d'états maniaques et mélancoliques dans la psychose discordante sont, ainsi que le montrent tous ces travaux, questions connexes. C'est bien en effet dans les mêmes cas que la clinique nous présente ces deux caractères. Mais nous voyons aussi très souvent mêlée à ces faits la présence d'*états catatoniques*. KAHLBAUM et d'autres auteurs, depuis, ont montré que la catatonie était un état discontinu. Certains travaux plus modernes, parmi lesquels se placent ceux de CLAUDE et de BARUK, ont insisté sur la valeur de syndrome que représentait cette entité. Elle peut se trouver, à ce titre, présente dans des états divers. S'il en est ainsi elle peut, dans les psychoses discordantes même, être considérée comme un ensemble psychopathique apparu à la faveur du trouble essentiel, primaire, mais non comme un élément de ce trouble même. Sa fréquence dans les types cliniques constitués d'excitation et de dépression pose la question de ses rapports avec la psychose maniaque-dépressive.

Nous présentons ici une observation dont on peut difficilement dire s'il s'agit d'un cas de psychose maniaque-dépressive avec accès catatoniques ou si nous sommes en présence d'une psychose discordante à début maniaque. En l'état actuel de l'évolution les deux opinions peuvent être soutenues. Notons cependant que la débilité mentale du sujet le rend plus apte à faire des

(1) Halberstadt a consacré un article à ce sujet.

réactions plus simples, plus primitives, plus auto-érotiques. Cette hypothèse s'accorderait avec le diagnostic de psychose maniaque-dépressive. Mais le premier accès ayant revêtu le type maniaque et le second le type catatonique, on peut considérer qu'après une rémission, le processus s'est aggravé dans une nouvelle poussée.

Pour notre compte nous serions porté à faire de ce cas un type spécial voisin de ceux de WIEG-WICKENTAL ou de REHM mais sans forcément le rattacher comme le premier à la démence précoce ou comme le second à la psychose maniaque-dépressive.

Le livre d'URSTEIN, que nous avons déjà cité, constitue le travail le plus important qui ait été consacré à ce sujet. Cet auteur tend à englober dans la catatonie toutes les psychoses intermittentes. REHM décrit une « *forme catatonique* » de la folie intermittente présentant les caractères suivants : « début en général dans la jeunesse ; fréquence d'états stuporeux ; évolution nettement circulaire fréquente ; fréquence d'états mixtes et aussi confusionnels ; importance de troubles moteurs ; absence de négativisme ». (D'après HALBERSTADT). LANGE consacra un livre à cette question faisant intervenir surtout la constitution antérieure dans le déterminisme des phénomènes atypiques.

TAMBURINI décrit une *psychose maniaque-dépressive catatonique* où se remarquent : une absence de succession régulière dans les symptômes, des phénomènes catatoniques épisodiques et ne dominant pas le tableau clinique, un état pouvant simuler la stupeur catatonique, qui est de longue durée et qui alterne avec des périodes d'apparence normale ou avec des phénomènes très atténués, une excitation complètement différente de l'excitation catatonique.

Pour KIRBY, des attaques catatoniques peuvent, dans certains cas, remplacer apparemment la dépression de la psychose circulaire.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de MM. les D^{rs} PICARD et EY)

Germaine est née le 14 avril 1912.

Certificat d'études.

1^{er} Internement : Le 27 août 1932. Sortie le 6 septembre 1933.

Cette malade fut conduite à l'asile parce que, depuis une semaine, elle était insomniaque, chantait, dansait. Ces troubles seraient apparus à la suite d'une insolation.

A l'entrée dans le service on note : « Court dans les salles, pousse les meubles, essaie de grimper sur les piliers de la salle. Chante et rit d'un rire artificiel. » Plus tard on note : « Réponses à côté, aprocsexie, désorientation. » Elle épelle les lettres du nom de son lieu d'habitation et dit ensuite de regarder la carte de France.

La malade dit être née le 14 avril 1929, puis se corrige et dit 1922.

Se met à crier : « Vive la France, je suis Française. »

Chante : « Sur le pont d'Avignon » et fait le geste des danseurs.

Ne veut pas continuer à répondre aux questions, se mord les lèvres et tourne la tête sur son oreiller, tire la langue, grimace, rit.

Attitude d'écoute en disant : « Taisez-vous donc, laissez-moi tranquille. »

Crie qu'on lui met de l'électricité dans le ventre. Se croit Jeanne d'Arc.

Exophtalmie congénitale.

Langue saburrale, mauvaise haleine, constipation.

Certificat de 24 heures : « Agitation maniaque. Tachypsychie avec troubles de l'attention. Activité de jeu. Réponses volontairement à côté. Jeux de mots. Grossièretés. Rires et chants continuels. Moqueries. Hyperexcitabilité sensorielle avec exagération des perceptions, surtout auditives. Désordre des actes. Agitation turbulente incessante avec négativisme volontaire. Refus partiel et non durable d'aliments. Premier accès actuel attribué par la famille à une insolation récente. Exophtalmie bilatérale probablement congénitale avec rétrécissement des fentes palpébrales. »

Certificat de quinzaine : « Excitation maniaque (1^{er} accès). Instabilité psychique et variabilité affective. A présenté un épisode très bref de dépression avec larmes. Ebauche actuelle d'un retour à l'auto-critique. Petits signes d'hypothyroïdie. »

Certificat de situation : Janvier 1933 : « Psychose périodique vraisemblablement présymptomatique de la D.P. Epi-

sode dépressif avec mutisme, pleurs immotivés, refus d'aliments. Catatonie généralisée et persistante. Légère tendance à l'amaigrissement... (Le maintien est alors jugé nécessaire).

A la même époque, il fut noté que la malade était immuable et figée, qu'elle ne faisait preuve d'aucune activité spontanée.

En mars 1933, fut constaté un léger réveil de l'activité, à la suite d'une ponction lombaire.

En mai 1933, s'occupait un peu.

En juin 1933, la sortie fut envisagée comme possible et s'effectua le 6 septembre de la même année.

2^e internement, le 8 février 1934.

Certificat de 24 heures : « Syndrome d'agitation catatonique, bouffonneries, impulsions, propos stéréotypés, grimaces, injures, éclats de rire, inadaptation complète à sa situation. »

Certificat de quinzaine : « Agitation catatonique. Incohérence, injures, impulsions, éclats de rire, négativisme, propos désordonnés, attitudes expansives hystériformes. Opposition à l'alimentation, indifférence affective. »

En avril sont notés la turbulence, le refus d'aliments.

26 juillet 1934 : « Psychose discordante à forme hébéphréno-catatonique. Agitation catatonique fréquente. Maniérisme. Pithiatisme. Gesticulations théâtrales. Attitudes hystéro-cataleptiques. Négativisme. Mutisme habituel. Refus partiel d'aliments ; gâtisme : tous signes d'une évolution d'un processus de dissociation psychique qui doivent faire prévoir un très long séjour à l'asile. »

31 décembre 1934 : La malade est dans un état hébéphréno-catatonique depuis juillet. Elle entre dans la salle d'examen la tête baissée, la figure absolument immobile, demeurant inerte au milieu de la salle avec absence totale d'initiative. Elle s'assoit quant nous lui en donnons l'ordre. Elle ne prononce spontanément aucune parole et ne répond que très brièvement.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 23.

D. — Où êtes-vous ?

R. — A l'infirmerie.

D. — Quelle est la date ?

R. — Lundi (exact) 25 décembre 1934 (au lieu de 31).

On ne peut lui faire préciser davantage ses réponses qui, à certaines questions, font totalement défaut.

Pendant toute la durée de l'examen, elle demeure immobile sur sa chaise, la tête baissée en avant et en légère rotation vers la gauche, sans mimique, et conserve ce semi-mutisme.

Passivité assez grande ; se laisse facilement déplacer les membres dans n'importe quelle position. Pas d'opposition ; obéit aux ordres donnés.

Pas de conservation cataleptique des attitudes.

Ptosis bilatéral. Pas de paralysie des mouvements de latéralité des yeux.

La malade sortit de cet état et sembla convenablement adaptée. Elle ne présenta plus ni passivité ni mutisme et se montra capable d'activité comme lors de la rémission précédente. Mais elle resta sans contact affectif prononcé avec l'ambiance, malgré une adaptation suffisante aux travaux qu'on lui faisait faire et une correction suffisante des réponses. Spontanément, elle ne disait rien.

Actuellement, elle est retombée dans l'état catatonique qui caractérisait la période précédente.

Le type schizomaniac.

L'étude du cas M... (Observation XIII) s'apparente par le genre de manifestations cliniques qu'il présente aux états distingués par CLAUDE de la Démence précoce. Nous avons cependant présenté cette observation parmi celles de Schizophrènes dans le sens où BLEULER entend ce mot, à cause d'une progression des troubles qui, entre chaque accès, semble manifeste. Sans doute, ce malade pourrait-il être considéré comme un Schizomane rêveur qui, pour fuir le travail et la vie active, tomberait dans un état morbide. Nous pensons qu'il en est peut-être ainsi. Seul, l'avenir nous montrera si ce malade se réfugiera définitivement dans l'autisme ou s'il subira une véritable dissociation et, pour finir, une démence. Malgré la psychogénie de certaines de ses réactions, et surtout de la première, nous ne pouvons encore savoir si un processus organique n'a pas créé des conditions favorables et si, progressivement, lors de chaque nouvel accès, la psychogénie ne sera pas moindre.

Nous avons exposé les raisons qui nous poussent à incliner vers cette dernière hypothèse. Mais quelle que soit l'issue de ce cas, il fait, pour nous, certainement

partie du vaste groupe que la Schizophrénie de BLEULER permet d'englober. Une observation plus longue du cas permettra ultérieurement une discrimination plus fine.

Voici maintenant un autre cas que nous séparons plus volontiers du cadre schizophrénique bleulérien et qui nous paraît s'intégrer au groupe des Schizoses décrites par CLAUDE.

OBSERVATION XXI

(Prise grâce à l'obligeance
de M. le docteur LEROY et de M. le docteur SCHIFF)

Mme G... (née B...).

Antécédents enfance et adolescence (d'après le récit de la malade elle-même) : fille unique ; son père mourut d'une typhoïde lorsqu'elle avait 10 ans. Elle en éprouva une peine très grande, semble-t-il, et en a gardé un souvenir assez vif, car elle lui était très attachée : « Il était très gai, très agréable ».

Ses études se poursuivirent jusqu'à l'âge d'environ 15 ans ; elles étaient moyennes. Plus que les autres matières, la musique, le violon surtout, le dessin, particulièrement le portrait, l'intéressaient.

Elle fut, déclare sa mère, normale jusqu'à son mariage. Leur vie était assez tourmentée, car elles devaient, depuis la mort du père, s'occuper activement des affaires.

Mariage à 17 ans 1/2 avec M. G..., homme de 32 ans appartenant à une famille liée à la sienne et qu'elle connaissait depuis longtemps.

La naissance d'une fille survint environ 1 an 1/2 après le mariage.

Un ou deux ans après l'accouchement, survint la première crise qui nécessita un séjour de 6 à 8 mois dans une maison de santé. De l'angoisse marqua tous ses accès. Ceux-ci, nous dit-elle, apparaissent toujours à l'occasion d'une forte émotion. Les émotions, chez elle, ne sont pas extériorisées ou très peu ; c'est plus tard qu'un trouble éclate.

Elle attribue, renforçant cette opinion par celle de sa mère, son premier accès à la déception éprouvée par elle à cause de l'insuffisance sexuelle de son mari. Celui-ci n'eut aucun rapport sexuel avec elle pendant les 10 premiers mois de leur mariage et fut alors examiné par un neuro-psychiatre. Les rapports furent très rares, lointains et bientôt nuls. La conception d'une petite fille paraît avoir terminé cette vie sexuelle si précaire.

Ce premier accès survint 1 an 1/2 après l'accouchement, fut marqué par de la dépression et le médecin qui la traita alors insiste sur ce diagnostic. Elle-même le reconnaît, mais ajoute qu'elle devint bientôt indifférente à tout, qu'elle avait l'impression d'avoir la « tête en pierre ».

La guérison suivit cette première atteinte.

Elle reprit ensuite sa vie normale, s'occupant de son enfant tandis que sa mère et son mari retenus par les affaires industrielles de la famille la laissaient souvent seule.

Sa fille mourut à l'âge de 3 ans 1/2. Elle en fut, dit-elle, terriblement impressionnée.

Le second accès survint alors (1925). A cette époque, elle éprouva de l'angoisse. « Je ne pouvais plus pleurer, nous dit-elle, j'étais contractée ; puis je perdis l'appétit, je devins indifférente à tout ». Le médecin constata le refus d'aliments, l'inhibition et l'apparition d'accès de rires discordants, nettement sans cause et dont la malade se souvient très bien qu'elle-même les jugeait absurdes.

Le troisième (1927) et le quatrième accès (1929) furent provoqués, affirme-t-elle, par les difficultés financières éprouvées récemment par sa mère et par elle.

Elle entre pour la première fois en 1929 à l'hôpital Henri-Rousselle.

Le 14 novembre 1929, jour de son entrée, on est frappé par son *exubérance* et on fait le diagnostic provisoire de psychose maniaque-dépressive, affection pour laquelle on la traita déjà plusieurs fois, mentionne le dossier.

Cependant, on note dès ce moment : « depuis 15 jours, état de désintéressement de l'ambiance, attitudes bizarres, stéréotypées, rire facile, indifférence ».

Quelques jours après, on est frappé par la *bizarrierie de ses réponses*. En effet, interrogée sur ses antécédents familiaux et personnels, voici ce qu'elle répond : « je crois que j'ai un frère et une sœur, mais je n'en suis pas sûre... » et plus loin, faisant allusion à ses cures antérieures : « On m'a soignée pour me changer les idées, qui n'étaient pas *plus noires que d'habitude*, ni *trop gaies* non plus... mitigées ». « C'est une autre qui m'a déposée ici, je ne sais pourquoi, c'est une espèce de hasard ; c'est peut-être pour mon bien qu'elle m'a mise ici, je dois être un peu fatiguée ».

Cette imprécision, qui caractérise les souvenirs et la représentation qu'elle pourrait se faire de la situation actuelle, apparaît encore dans tous les propos de la malade. C'est ainsi que l'évocation de ses parents, de sa fille, de son mari et que les allusions à son hospitalisation ne provoquent aucune réaction d'ordre émotionnel. Plutôt que de l'ambivalence, ou même de véritable indifférence, on a l'impression d'un man-

que total de tonalité affective. Certes, elle semble préférer vivre au dehors, mais cela, pour le moment, ne la préoccupe absolument pas : « Je ne m'ennuie de personne », dit-elle.

Mais certains propos et certaines attitudes révèlent une réelle *discordance* en même temps qu'une hostilité à l'examen, qui dérange son apathie, comme le montre le dialogue suivant :

La malade soupire d'un air excédé : « J'aime être tranquille, qu'on me fiche la paix ». Puis ses propos continuent sur le même ton indifférent ou discordant, ainsi :

D. — Vous ne voulez plus revoir votre enfant ?

R. — Mais il y a déjà quelque temps que je ne le vois plus (fou rire).

D. — Vous ne vivez pas avec elle ?

R. — Non, elle est partie.

D. — Où est-elle ?

R. — Elle est morte (fou rire) à 3 ans 1/2.

Un certain temps après (27-2-30), elle faisait allusion à cette conversation, en ces termes : « Je me souviens que j'ai dit que ma fille était vivante, parce que j'étais nerveuse, agacée. »

On note encore la *discordance* de la mimique, celle-ci exprimant le peu d'importance que peuvent avoir pour elle les propos qu'elle tient et qui, pourtant, devraient l'émouvoir.

C'est ainsi qu'elle parle du bout des lèvres, comme de choses tout à fait indifférentes, de la séparation de son mari et d'elle-même. En outre, une certaine opposition, quelques bizarreries, une activité très réduite sont constatées, ainsi qu'un petit épisode anxieux.

Elle convient, à la fin de son séjour, qu'elle est dans un état de santé meilleur ; son comportement n'est cependant pas sans quelques bizarreries ; peu de temps avant sa sortie, une inactivité relative, quelques grimaces sont signalées par le personnel. Les ouvrages commencés sont multiples, mais restent, le plus souvent, abandonnés, défaits et refaits.

Elle quitte le service le 31 mars 1930, son dossier portant le diagnostic, à la sortie, de démence précoce.

Après sa sortie, à cause de la situation de ses affaires, qui déjà, avant son hospitalisation à Henri-Rousselle, avait changé considérablement, elle décida, sans enthousiasme d'ailleurs, de travailler. Elle entra comme mannequin dans une maison de couture, puis au bout d'un certain temps, dit-elle, on ne fit plus que lui confier des travaux qu'elle jugeait subalternes. Ses appointements étaient de 600 francs par mois. Au bout d'un temps qu'il est difficile de lui faire préciser, elle quitta cet emploi et les raisons qu'elle donne de

ce fait sont assez vagues et multiples : le mauvais fonctionnement des affaires obligea la directrice à la remercier ; peut-être y eut-il des « cancans » ; elle était en désaccord avec la personne qui dirigeait le service auquel elle était affectée avec espoir de lui succéder dans ses fonctions...

Plus tard, la figuration de cinéma l'occupa d'une façon discontinue. Ce travail qui, d'avance, lui déplaisait plutôt, l'a beaucoup amusée. Tourner, les films fussent-ils « idiots », et elle les juge souvent tels, assister à la vie animée des studios, la réjouissait. Après qu'elle eut tourné une quinzaine de fois, elle ne fut pas convoquée à nouveau. Plus d'un an s'est écoulé depuis sa dernière figuration. Sa vie devint alors très inactive. Elle restait dans la solitude durant des journées entières, allant et venant sans but, faisant de longues promenades au Bois.

Le *divorce* eut lieu pendant cette période, à la suite d'une discussion d'intérêt, nous dit la malade qui ne menait plus avec M. G... une vie commune depuis déjà trois ans, bien qu'ils fussent logés sous le même toit. Son mari restait, en effet, dans sa chambre et refusait d'y recevoir sa femme. Cet événement ne paraît pas l'avoir beaucoup affectée.

Davantage les troubles de ses affaires préoccupèrent Mme B... C'est en proie à ses inquiétudes quant à un avenir pécuniaire risquant d'être pénible qu'elle se sentit à nouveau malade.

Ces troubles apparurent trois mois environ avant sa dernière entrée à l'hôpital H.-Rousselle et s'accrochèrent. Ce furent :

Des états d'*angoisse* très longs et très intenses avec impression de mort imminente, et lorsqu'elle se levait un sentiment de faiblesse comme si elle eût dû tomber. Une lourdeur de tête ; des *insomnies* pendant 3 ou 4 nuits ; un défilé de pensées incohérentes, incoercibles et ininterrompues s'imposait à elle.

À notre question s'informant de l'existence d'idées anormales ou nettement délirantes, voici sa réponse : « *J'avais simplement peur de claquer* », et elle la fait en riant.

Une certaine hostilité et une *mésentente avec sa mère* marqua cette période et semblait significative d'une phase de troubles mentaux quoiqu'elle insiste sur la diversité permanente de leurs caractères et l'orientation différente de leurs préoccupations ; quelque temps avant son entrée, elle alla jusqu'à donner une gifle.

Enfin, un état d'agitation franche la fit conduire à Henri-Rousselle où elle fut hospitalisée le 1^{er} octobre 1933 et où l'on posa le diagnostic d'excitation maniaque, à cause de son *agitation*, d'une *logorrhée* assez légère, de la *fuite* des idées ; mais on nota aussi « *pensée vague* ». En outre, elle

manifestait une opposition assez marquée et protestait contre son hospitalisation.

Dans le service, elle se montra très résistante à l'entrée, parut triste et déprimée, restant seule et parlant peu. Son excitation semble avoir été de courte durée. Elle demeure *opposante*, refusant de changer de linge, ne se levant pas, couchant même avec ses chaussures. Depuis quelque temps, elle néglige moins sa personne, se déshabille, est plus propre, plus coquette.

Elle est à peu près *inerte* toute la journée, ne semblant s'intéresser à rien, n'échangeant que de rares paroles.

C'est dans ces conditions que nous l'avons vue deux mois après son arrivée.

Etat de la malade en fin novembre 1933. — Avant même d'entrer dans la chambre dans laquelle se trouve la malade, nous sommes frappés par son *attitude* : nous la voyons de dos, la face appliquée contre la fenêtre, et semblant vivement intéressée par ce qui peut se passer dans la cour ; chaque fois que nous sommes venu, cette attitude était la même, telle que la constatent à chacun de leurs passages les médecins et les infirmières du service. Cette pose est abandonnée seulement et spontanément, d'ailleurs, pour se rendre au réfectoire ou pour quelques minimes et indispensables soins de toilette.

Au point de vue morphologique, cette personne est de taille assez grande, mince et de type long, le visage est allongé, les jambes longues et grêles ; elle est nettement maigre actuellement. L'amaigrissement s'accentue surtout pendant la période qui précède son entrée.

SA *tenue* est correcte, apparemment du moins. Ses vêtements assez élégants et bien tenus sont toujours rigoureusement disposés de la même manière ; elle ne quitte jamais une petite jaquette de fourrure, bien que la température de la pièce ne semble pas l'exiger. Son visage, sa coiffure sont assez soignés, sans recherche cependant, et un peu de poudre, un léger maquillage contrastent avec ce que nous apprenons d'elle : elle ne se lave guère, ne change pas de linge, vit, par moments, dans une « *incurie maquillée* ».

L'entrée en contact avec elle ne rencontre pas d'opposition, mais la première fois que nous lui adressons la parole, elle paraît surprise, quitte brusquement son attitude favorite comme en un sursaut, semblant sortir d'un rêve. Une parole assez facile débitée avec une certaine aisance, malgré quelques réserves sur lesquelles nous reviendrons, nous permet de l'interroger assez longuement sur son passé et sur son état actuel à propos desquels elle nous fournit des renseignements de valeur assez inégale.

L'interrogatoire nous fait reconstituer à peu près ses antécédents, bien qu'elle ait été particulièrement peu proluxe sur le sujet de ses troubles.

A propos de ses cures antérieures, elle nous répond presque toujours qu'elle ignore pourquoi on l'avait conduite en maison de santé ou qu'elle était un peu déprimée, triste. Elle convient cependant qu'à plusieurs reprises des *angoisses* survinrent, lui donnant l'impression d'avoir le cœur comprimé, une sensation d'étouffement. Ses angoisses apparaîtraient à peu près tous les trois ans ; c'est au cours d'un de ces accès qu'elle avait, nous dit-elle « peur de claquer ».

Son caractère présente quelques particularités sur lesquelles il est intéressant de s'arrêter : Fille unique, elle semble dès l'enfance avoir vécu très seule. Elle était très attachée à son père, qu'elle trouvait très gai et très agréable et qui mourut lorsqu'elle avait 10 ans. Cette affection fut peut-être reportée sur un de ses oncles. Le plaisir qu'elle prenait à la méditation ou plutôt à la rêverie ne semble pas avoir trouvé chez sa mère un écho ou une expansion favorable ; s'entendant bien, elles n'avaient pas du tout les mêmes goûts et les conversations qu'elles échangeaient ont laissé à la jeune femme le souvenir de nécessaires, mais peu séduisantes allusions à des préoccupations pratiques qui ne l'attirèrent jamais, bien qu'elle ne pût échapper à leurs disciplines. Elle devait, en effet, aider sa mère à maintenir une industrie dont le bon fonctionnement se prolongea jusqu'aux débuts de la crise économique.

En dehors de sa famille, peu de lien d'affection se créèrent. Une amitié assez vive l'attacha à une amie d'enfance qu'elle voit souvent. Elle reçut avec une certaine fréquence cependant des amis de son mari, artistes surtout, dont elle appréciait la conversation.

Elle *vît* presque toujours chez elle, *solitaire*, se livrant au dessin ou exécutant un peu de musique, n'aimant pas sortir, ni voyager, « *je n'aime pas le changement* », nous dit-elle. Autrefois, la laissant seule, sa mère et son mari partaient pour de longues pérégrinations d'affaires qui lui paraissaient interminables, surtout lorsqu'elle était enceinte. L'avantage que lui procurait sa situation de jeune mariée était cependant de ne plus prendre part à ces perpétuels déplacements, dans lesquels l'entraînait sa mère et qui lui déplaisaient fort. Elle déplore que cet état de choses se soit renouvelé depuis son divorce.

Sa vie conjugale n'est évoquée par elle que d'une façon singulièrement vague. Qu'elle se soit mariée, et si jeune, reste sans explication pour elle, non pressée de se marier et absolument exempte de toute passion. Mariée, elle demeura chez sa mère. L'intimité entre elle et son mari ne fut jamais

très chaleureuse, ni très grande sans qu'elle s'en plaignît, ni désirât une sexualité plus active. C'est une chose qu'elle ne tint jamais pour préoccupation importante.

Mme B... se dit réellement attachée à sa mère dont la visite lui fait plaisir. Elles sont actuellement en bons termes. Le début de la dernière crise avait été marqué par un désaccord entre elles. Au cours d'une discussion, sa mère lui ayant dit qu'elle n'était bonne à rien, la malade riposta par une gifle, fait qui se reproduisit. *Sa mère l'agaçait*, car elle « faisait beaucoup de bruit, elle la poussait à bout, on ne savait jamais à quelle heure elle allait rentrer, c'était une vie à bâtons rompus... » Cet acte, elle ne l'a « pas tellement regretté ». En dépit de ses affirmations, son attitude envers sa mère semble encore *un peu hostile*. Nous n'en voulons pour preuve manifeste que certains propos dans lesquels l'anonymat conféré par le vocable « on » joue le rôle d'une réticence. En voici des exemples : « *on* est toujours assez maladroite ; *on* est toujours tellement loin les uns des autres », faisant allusion à sa situation dans sa famille. La phrase concernant son envoi en maison de Santé, ce dont elle semble tenir rigueur à sa mère : « C'est une autre qui m'a déposée ici... », nous paraît de même sens.

Le manque de tonalité affective, l'asthénie des sentiments paraissent encore marqués, mais à un moindre degré que dans les états antérieurs. Mme B... déclare souffrir de son manque d'activité, mais ne fait rien pour en sortir et se plaint d'être ainsi enfermée : « Je n'aime pas beaucoup être en maison de Santé, dit-elle, et surtout qu'on vous y « foute » sans qu'on le demande. » La violence du terme est plus accentuée que celle du ton. Mais elle constitue cependant une protestation, ce qui est à retenir et faisait défaut dans certains de ses accès antérieurs. »

Son humeur est actuellement assez égale, plutôt légèrement *dépressive*, sans idées nettes y correspondant. L'excitation du début semble apaisée complètement aujourd'hui. Le débit de la parole un peu rapide et d'ailleurs non soutenu et sans intonations nuancées, la sécheresse du ton et de la mimique ne peuvent être considérés comme de nature hyperthymique.

Le défaut d'activité de notre malade, déjà signalé, persiste et elle-même le reconnaît. Se bornant à déplacer quelques papiers, « à mettre en ordre » le contenu de son sac, à relire de vieux journaux et à regarder quelques anciens dessins ou écrits, notes vagues, éparses et peu suivies, elle ne pratique pas son travail préféré, le dessin. Le manque de papier, le temps pris par l'habillage, les repas, l'audition d'un peu de musique, une conversation lui sont des excuses suffisantes à expliquer l'absence de toute autre activité. Les quelques notes écrites parfois ces derniers temps et qui, sous

une forme anecdotique, doivent s'intégrer à un ensemble d'études de la vie de province, sont floues, simplement descriptives de scènes banales et de conversations d'un intérêt médiocre. Ce sont des réminiscences à peine suivies et rédigées sans effort imaginatif, ni qualité littéraire, tout au moins dans leur état actuel. Le papier que nous lui donnâmes avec l'injonction de le couvrir ne change rien à son improductivité et la visite que nous lui fîmes ensuite ne nous fournit pas plus que les précédentes l'occasion de connaître quelque œuvre.

La conversation que nous tint notre malade nous permit d'en obtenir maint renseignement et la plupart de ses *réponses* étaient assez *adéquates* aux *questions posées*, mais imparfaitement. En effet, il nous apparut qu'existaient quelques *troubles intellectuels* de type *schizophrénique*.

L'attention est difficile à fixer et beaucoup de réponses sont le fruit de sollicitations réitérées. Souvent des questions sont éludées plutôt par labilité de l'attention ou difficulté d'accomplir l'effort de préciser que par réticence. Souvent aussi, le refuge dans le *vague* ou le rapport lointain semblent jouer le même rôle. La conversation tombe, reprise, un instant après, où elle avait été laissée ; la phrase, au début rapidement débitée, s'affaisse en lenteur et en sourdine jusqu'à l'arrêt et reste inachevée ou reprend après une courte suspension. Cet achèvement se fait parfois très rapidement à voix basse.

Le *vocabulaire* est particulièrement *imprécis* et pauvre. Une quantité considérable de substantifs est remplacée par le mot « chose », employé même plusieurs fois dans la même phrase. Quand j'étais « chose » « ah, oui « chose » m'a fait venir ». L'insistance la fait rectifier et préciser généralement, mais à contre-cœur, les termes destinés à formuler sa pensée. Le type de ses phrases se trouve en celle-ci : « Quand j'étais très souffrante, j'étais un peu nerveuse, un peu agacée, mais je me suis chose..... (suspension et, de notre part, mimique interrogative insistante)..... je me suis débrouillée (ces derniers mots très rapidement et à voix basse).

A d'autres moments, la *pensée* paraît *plus floue* ; des propositions imprécises, qu'on ne sait au juste, tant elles sont vagues, si elles doivent être rapprochées de celles qui de peu les précéderent ou si elles constituent des allusions lointaines à des événements anciens ou à des préoccupations plus intimes de la malade, se succèdent rapides, à peine articulées et à voix assez basse, entrecoupées de silences et d'une attitude pour ainsi dire anidéique.

Le mot « plutôt » accompagne tous les qualificatifs.

L'étrangeté de ses paroles n'est pas rare. Lui ayant demandé si elle avait des frères et sœurs, elle nous dit : « Ma foi,

je n'en sais rien. » Des réponses de ce genre rendent difficile l'acquisition de renseignements nets. Ses récits sont vrais, mais imprécis.

Une *mimique* peu variée se joint à ces propos. D'ailleurs laissée à elle-même, Mme B... reprend son attitude *stéréotypée* à la fenêtre. Plusieurs fois, au cours de l'examen, son regard se dirige vers la fenêtre en même temps que son discours s'embrouille.

Des *rire*^s entrecoupent ses propos de manière *intempestive*, le plus souvent. C'est ainsi qu'ils interviennent au milieu du récit de ses angoisses ou lorsqu'elle nous parle de la mort de sa fille.

De brusques modifications vaso-motrices de la face apparaissent par instants, sans que rien nous permette de les croire liées à l'émotion que provoquent les paroles prononcées.

D'un examen à l'autre, nous avons pu constater quelques modifications. Celles-ci, d'abord peu accentuées, nous apparaurent, après un intervalle de 10 jours environ, extrêmement appréciables.

Le comportement de la malade dans le service est devenu tout différent : à l'incurie s'est substituée une régularité normale des soins de toilette. Par contre, le maquillage est moindre. La chambre est bien tenue et ordonnée. La malade s'anime davantage et quitte sa fenêtre pour faire au salon la conversation avec d'autres personnes.

Cette activité dont le personnel a bien remarqué le contraste avec l'apathie de la période précédente, nous apparaît dès l'abord de notre patiente : elle nous remet immédiatement et avec amabilité un dessin fait à notre intention et s'excuse des imperfections qu'une insuffisance de moyens matériels peut avoir laissées dans l'exécution. Son dessin est correct et présente de réelles qualités techniques.

Le contact avec elle, la pénétration de son psychisme sont beaucoup plus aisés et la conversation devient facile. Spontanément, nous obtenons des renseignements que les interrogatoires antérieurs avaient laissés dans l'ombre.

La parole est nette, pleine d'aisance et correcte ; les mots semblent venir facilement. Des variations d'intonation, de débit, toujours adéquates, montrent le retour d'une participation affective et d'un intérêt plus grand porté par la malade au discours et à son contenu. Comme nous l'en félicitons, elle paraît heureuse et reconnaît qu'un changement est survenu. Se sentant guérie, elle a décidé, en accord avec sa mère, de quitter le service.

Rien d'ailleurs ne s'y oppose et Mme B., ces derniers jours, a pu prévoir quelle serait l'organisation de sa vie au dehors, quelles seraient ses ressources et ses possibilités matérielles.

Cette amélioration considérable de l'état de la malade nous a permis de l'interroger sur les troubles qu'elle avait ressentis et sur les circonstances au milieu desquelles apparaissent chacun de ses accès.

L'intérêt que Mme B. porte habituellement aux personnes et aux choses semble tout à fait revenu à la normale. Elle nie tout désaccord actuel avec sa mère et attribue à l'état pathologique dans lequel elle se trouvait l'hostilité manifestée avant son entrée dans le service.

On a l'impression que ce conflit n'apparaît qu'en période pathologique. La malade nous déclare que les différences entre son caractère et celui de sa mère lui semblent prendre, lors de ses troubles, une valeur plus grande. Sa répugnance à mener une vie remuante et remplie par une activité d'affaires est jugée comme un sentiment lié à son « inertie » pathologique ou, tout au moins, accentué par celle-ci et s'estompant jusqu'à disparaître en même temps qu'elle.

Cette « inertie » constitue pour elle le trouble essentiel : elle est indifférente et, pour la raison que rien ne l'attache, n'éprouve nullement le besoin d'une activité quelconque.

Gardant le souvenir et la conscience de ses déficits intellectuels et pragmatiques pendant sa maladie, Mme B..., parmi les adjectifs que nous lui proposons, trouve que « flou » est celui qui s'applique le mieux à l'état de sa pensée d'alors. Elle n'a pas l'impression d'une immense difficulté à la formuler, mais d'une complète répugnance à faire cet effort, fût-il minime, et d'un *manque total d'intérêt* pour quelque idée.

Le cours de sa pensée livré à lui-même ne lui a pas semblé rempli d'idées s'imposant à elle ou liées par quelques associations, mais au contraire était tellement vague qu'il lui paraissait vide d'idée. On ne peut même pas, dit-elle, parler de pensée.

L'accentuation de ces troubles était moindre, d'après les dires de la malade, lorsque nous la vîmes, que lors de son entrée à l'hôpital.

L'absurdité d'une réponse qu'elle nous fit et par laquelle Mme B... nous disait ne pas savoir si elle avait des frères et des sœurs, est pour elle une manifestation de ce manque total d'intérêt et constituait une sorte de négativisme, de refus d'adhérer à notre préoccupation. L'insistance venait à bout de ce refus et obtenait une réponse correcte.

Ses rires, pour l'observateur si discordants, étaient pour elle dus à l'évocation de quelque scène vécue et comique survenant comme par hasard ou provoquée par l'étrangeté qu'elle trouvait aux propos tenus devant elle ; ils lui paraissaient, d'ailleurs, très exagérés et hors de proportion avec le « degré de comique » de l'occasion qui les avait fait naître.

Dans cette observation, nous trouvons les faits suivants :

Chez une jeune femme qui, fille unique, sortit peu du foyer familial et dans l'enfance se montre déjà schizoïde, nous voyons apparaître des états pathologiques provoqués par des événements pénibles.

Ces états pathologiques, s'ils sont faits parfois d'une dépression en rapport compréhensible avec l'événement qui les causa, dans certains cas sont caractérisés par de l'agitation et le plus souvent revêtent une allure schizophrénique. En effet, l'autisme pauvre, le flou de la pensée, le manque de tonalité affective, l'hostilité vis-à-vis de l'ambiance, un certain négativisme constituent le tableau clinique observé à plusieurs reprises.

Ce cas nous paraît en accord avec l'entité morbide appelée Schizomanie par CLAUDE, qui la décrivit au Congrès de Genève, en 1926. Avec ses élèves BOREL, ROBIN, CENAC et RUBENOVITCH, CLAUDE revint à plusieurs reprises sur les caractères de cette affection. Par l'aspect clinique, par sa pathogénie, notre cas correspond à cette entité morbide. Il revêt surtout la forme simple avec quelques éléments des autres formes, celles de bouderie, de rêverie, toutes formes « sur lesquelles il n'est pas rare, écrit RUBENOVITCH, de voir influencer des éléments cyclothymiques (1) ». Ces derniers peuvent être discutés chez notre malade, car les accès ont été provoqués par des événements extérieurs. Cependant les deux derniers sont peut-être favorisés par un état plus endogène.

Par sa psychogénie, cette forme morbide ne peut être assimilée à la Schizophrénie bleulérienne qui postule l'existence d'un processus organique et encore moins à la Démence précoce des auteurs français. Cependant, nous pouvons nous demander si un processus léger et peut-être fixé ne pourrait pas, dans certains cas, favoriser de telles réactions, malgré tout encore psychogènes. Ce processus jouerait le rôle favorisant accordé par CLAUDE à la constitution schizoïde.

D'ailleurs, les événements morbides constituant la

(1) RUBÉNOVITCH : Contribution à l'étude de la Schizomanie. (Thèse Paris, 1926).

Schizomanie nous paraissent pouvoir s'observer d'une manière transitoire au début d'un processus, comme nous avons vu que pouvaient l'être des états maniaques et dépressifs. Nous rappelons que le P^r CLAUDE, à Genève, en 1926, admit qu'entre les Schizoses et la Démence précoce existait peut-être et surtout une différence dans la proportion relative de l'élément organique et de l'élément psychogène. Mais la constitution clinique des deux types opposés ne forme pas moins une opposition importante entre deux états morbides dont les aspects personnels, sociaux, cliniques et thérapeutiques sont, dans les deux maladies, divergents.

Si nous avons placé ce cas dans ce chapitre plutôt consacré à la Schizophrénie par processus (celle de BLEULER), à la Démence précoce, c'est pour des raisons d'exposition qui nous font malgré tout grouper les cas par les analogies de leurs manifestations cliniques avant d'approfondir leur pathogénie.

L'évolution de la maladie chez Mme B... fut soumise à une intermittence, une périodicité au sens que la clinique donne à ce mot. C'est ce qui, à un premier examen, pourrait faire naître l'idée qu'on serait en présence de psychose intermittente maniaque-dépressive. Les premiers accès par leur symptomatologie dépressive semblaient confirmer cette opinion. Mais il s'agissait sans doute de dépression réactionnelle et l'intermittence serait due au caractère épisodique des circonstances pénibles. C'est en songeant à ce cas que nous avons écrit sur l'« intermittence et la psychogénèse » quelques lignes à la fin de la première partie de cet ouvrage.

Dans ce chapitre, nous trouvons réunis sous le signe de la seule rupture avec le monde extérieur des états qui se présentent dans des circonstances diverses et évoluent différemment :

1° des formes intermittentes et avec rémission, à symptomatologie essentiellement schizophrénique ;

2° des formes maniaques dépressives qui présentent plusieurs types et qui sont :

1. des états maniaques dépressifs de début (mélancolie surtout) ;

2. des états maniaques et dépressifs plus longtemps observés et qui présentent, à partir d'un certain moment, mais progressivement, un aspect discordant ;

3. deux types : type maniaque-dépressif-catatonique, type schizomaniaque.

C'est d'une façon toute provisoire que nous plaçons ces deux derniers types dans ce cadre. L'expression « sous le signe de la rupture avec le monde extérieur », assez imprécise, seule nous le permet.

CHAPITRE IV

DE CERTAINES FORMES MORBIDES QUI, MALGRE LEURS RAPPORTS CLINIQUES AVEC LA PSYCHOSE MANIAQUE- DEPRESSIVE OU LE GROUPE DES PSY- CHOSSES DISCORDANTES, NE PEUVENT ETRE RATTACHEES A CES ENTITES NOSOGRAPHIQUES.

Nous avons vu que FALRET avait distingué les états maniaques et mélancoliques de la folie périodique, de la manie et de la mélancolie ordinaires.

Quelles sont ces entités appelées manies et mélancolies et ne relevant pas de la folie maniaque-dépressive ?

Nous éliminons tout d'abord les *manies et dépressions réactionnelles* que leur psychogénèse sépare de l'endogénie intermittente de la psychose maniaque-dépressive. Peut-être, cette manière de réagir est-elle en relations très étroites avec cette psychose. Nous le croyons volontiers, mais l'ensemble clinique et évolutif en est différent. Cela suffit à en faire deux entités distinctes. La différence étiologique vient encore s'y ajouter.

Plus complexe est la question des *manies et mélancolies préséniles*. Ici encore, l'histoire du débat nous ramène à KRÆPELIN. Que ces formes fissent ou non partie de la psychose maniaque-dépressive, fut l'objet d'hésitations de la part de cet auteur et, depuis, de discussions entre certains de ses élèves plus doctrinaires et d'autres psychiatres. La plupart des discussions mettaient surtout en cause la mélancolie plus fréquente en ces circonstances que la manie. KRÆPELIN et STRANSKY avaient remarqué l'apparition, dans un assez grand nombre de ces

cas, d'une démence tardive. Depuis KRAEPELIN, qui avait finalement intégré l'entité « mélancolie présénile » à la maniaque-dépressive, cette opinion fut soutenue par DREYFUS dans sa thèse en 1907. La question de l'éventualité des récives était alors le point dont semblait dépendre la solution de cette question. Il est certain que, si cette psychose apparaissait avec la même symptomatologie et la même évolution que celles observées dans la maniaque-dépressive, il n'y aurait aucune raison de la considérer comme une entité particulière. Mais il semble bien qu'il en soit autrement. CAPGRAS, dans sa thèse, expose les caractères particuliers de la mélancolie présénile, pour lui, la seule *mélancolie maladie*, distincte de la *mélancolie syndrome* qu'on observe au cours de différentes maladies, évidemment surtout dans la folie intermittente. Le tableau clinique de cette mélancolie est dominé par les signes d'involution qu'elle traduit. On y trouve souvent de l'hypochondrie avec anxiété et assez rapidement, parfois, des signes de déchéance intellectuelle. C'est cet ensemble psycho-organique qui en consacre l'autonomie comme entité morbide.

GAUSSEN défend aussi l'autonomie de cette psychose. Pour cet auteur, elle se présente souvent sous la forme anxieuse. Son évolution se fait souvent vers la guérison, mais l'évolution démentielle par progression du processus sénile doit faire réserver le pronostic.

Elle n'a pas les caractères récidivants de la psychose maniaque-dépressive et GAUSSEN oppose, à la thèse de DREYFUS, de nombreuses statistiques.

HALBERSTADT a aussi contribué à la définition de cette entité qu'il convient d'opposer à certaines Schizophrénies tardives, affections sur lesquelles il a attiré l'attention.

En résumé, les conditions étiologiques, certaines particularités cliniques et évolutives permettent de considérer cette affection comme une entité distincte de la psychose maniaque-dépressive.

La manie tardive, bien que moins fréquente, s'observe aussi avec des caractères permettant de l'isoler du groupe maniaque-dépressif.

Nous avons observé à Bonneval, grâce à notre ami

Henri Ex, une malade qui semble atteinte d'un processus d'insénescence à manifestations hypersthéniques non sans rapport avec la manie.

OBSERVATION XXII

Mme F..., 63 ans, est à l'asile de Bonneval depuis 1916. Elle était alors âgée de 45 ans. Son père fut interné au même asile.

Elle-même fut internée pour s'être livrée dans un lieu public à une crise d'agitation avec dénudation.

L'attitude de cette malade est assez particulière. Elle entre, dans la pièce où nous l'examinons, hautaine et dédaigneuse, paraissant de mauvaise humeur. Elle s'assied sans rien dire, les lèvres serrées dans une attitude fâchée. La fixité de cette attitude, au début, nous la fait croire stéréotypée.

Nous constatons du mutisme tout d'abord, mais il s'agit d'un mutisme sthénique.

Puis, Mme F... parle, mais pour exprimer des *récriminations*. Il n'y a « rien à faire, rien à manger » et « je devrais être au moins directrice de moi-même ». Elle proteste vivement contre son internement.

Cependant, lorsqu'on précise, parmi les faits qui ont motivé son internement, celui de sa dénudation publique, elle ne le nie pas, mais s'indigne en manière de réponse parce qu'à l'asile, on l'oblige à se mettre nue devant les autres malades, aux douches. Comme nous lui disons qu'à plus forte raison son acte doit lui paraître anormal, elle ne veut point entendre notre raisonnement et nous donne toutes sortes de raisons peu compréhensibles et sans rapport les unes avec les autres, et auxquelles elle ne semble pas elle-même attacher une grande valeur. « C'était, dit-elle, un sort qu'on m'avait jeté », mais elle avoue ne pas croire aux « sorts ».

Les réponses sont toujours faites sur un ton irrité ; elles sont brèves, rapides, sarcastiques. Elles sont assez bien adaptées malgré la bizarrerie de certaines d'entre elles, qui semblent plutôt faites pour éluder la question et participer d'une certaine opposition.

« Ce pays est insupportable » déclare-t-elle encore au milieu d'autres propos irrités. Des grimaces exprimant le dédain (moue, etc...) accompagnent ces paroles.

Cette malade est bien orientée, mnésique, bien qu'elle donne pour son âge celui de 60 ans, erreur qu'elle reconnaît.

Elle ne semble pas présenter de phénomènes, à proprement parler, délirants, hallucinatoires.

Il est difficile de savoir si les grossièretés, qu'elle se plaint d'entendre, correspondent à des hallucinations ou si elle-

même fait des récriminations liées à son seul état d'humeur et reposant sur des propos émis par d'autres malades dans leurs rapports avec elle et provoqués par son mauvais caractère.

La sthénie de l'attitude et des propos, bien que ceux-ci présentent des anomalies, mais qui peuvent être, dans leur inadaptation apparente, une attitude d'opposition sthénique, la cohérence, l'adaptation de certains de ces propos, sans troubles du cours de la pensée, l'absence d'ambivalence, l'absence de préoccupations autistiques de cette malade, toute en attitudes, mais en attitudes en rapport avec les circonstances extérieures, seraient en faveur d'un état maniaque. Mais le peu de variété de ces attitudes, le peu d'activité du comportement et enfin un certain aspect déficitaire de l'ensemble de l'activité psychique sont en faveur d'un processus organique.

Cet état serait apparu vers l'âge de 45 ans et ne semble pas devoir être rattaché au groupe maniaque-dépressif ou périodique, mais à un processus d'involution. Nous retrouvons ici la même discussion qu'à propos des différences entre la psychose maniaque-dépressive et la démence précoce. Mais ici, nous pourrions plutôt hésiter entre manie et schizophrénie tardives. Ici, le processus d'involution peut être considéré comme responsable de l'ensemble des troubles qui constitueraient une des formes correspondant à celles dont nous avons parlé en d'autres chapitres et qui, à défaut de coïncider avec une entité connue, méritent peut-être d'être décrites comme des types particuliers, en dehors de ces entités.

Nous avons pu observer un certain nombre de malades qui présentent des variations d'humeur ayant débuté par des accès d'excitation ou de dépression souvent atypiques et qui, à partir d'un certain moment, ont présenté un état subcontinu d'instabilité, de l'humeur. Celui-ci entraîne, par lui-même, une certaine difficulté d'adaptation aux conditions sociales, mais pas une véritable désadaptation en rapport avec une discordance.

Voici une observation d'un de ces cas observés à l'asile de Bonneval :

OBSERVATION XXIII

Mme B... R..., âgée de 42 ans.

Hérédité. — Père interné pendant 3 mois à 23 ans.

Tante (sœur du père) morte à Bonneval après 20 ans d'internement.

Mère débile.

Histoire. — Un *premier internement* de deux mois eut lieu en 1914 (22 ans). A cette époque, la malade était en désaccord avec ses parents ; on note alors : « agitation maniaque, idées de persécution ; malade peu communicative ; se plaint d'être soumise aux mauvais propos et aux moqueries de ses voisines ; méfiance vis-à-vis des parents, des voisins ; jette des objets au feu ».

Lors du *second internement* à 25 ans (du 26 février au 25 juin 1917), on remarqua de l'agitation maniaque avec idées confuses de persécution et substratum hystérique. La malade s'habille, se déshabille.

Deux accès de quelques jours avec turbulence, gestes bizarres, désordonnés et agressifs ; violences de langage, irascibilité eurent lieu pendant ce séjour.

Troisième internement en 1921, à 29 ans, pour état maniaque délirant.

Il s'agissait de méfiance vis-à-vis de ses voisins qui lui veulent du mal, d'actes excentriques (la malade s'enferme dans sa chambre, ou bien sort en chemise dans la cour).

La malade exprime alors des idées vagues de persécution : on lui en veut ; elle croit être accusée par un notaire de la disparition de 500 fr. sur le prix de vente d'un terrain de sa mère. Elle opposait à l'examen des réticences avec dénégations hargneuses.

Une crise d'agitation eut lieu, un soir, avec chants et pleurs ou menaces, dénudation, gémissements, bras en croix.

La malade sortit en juin 1922.

L'internement actuel eut lieu en décembre 1927 pour délire polymorphe.

Mlle B... ne sortait que la nuit par crainte de ses voisins et se barricadait dans sa chambre. Elle se disait en relations avec des princesses, pliait ou déplaît constamment un linge.

On note : réticences, semi-mutisme... La malade demeure des jours entiers les yeux fixés sur un même point ; le plancher de préférence. Pas d'idées systématisées de persécution.

Comportement dans le service depuis cette époque : tous les ans apparaît une crise d'excitation de plusieurs mois qui n'est pas encore apparue cette année.

C'est une agitation assez incohérente, sans causticité ni moqueries, pendant laquelle Mlle B. se dit traitée de noms

injurieux, craint les gendarmes. Parfois, dans ses périodes d'agitation, elle se livre à des jeux : range de petits tas de terre ou de cailloux dans la cour.

Dans ces mêmes périodes, elle se plaint de forts maux de tête, d'insomnie. Elle adresse des reproches au personnel : on lui cherche « des raisons qui ne sont pas vraies », nous dit-elle actuellement en évoquant ces périodes.

Parfois elle se frappe la figure à coups de poings ; après une remarque, elle a répondu : « C'est pour faire circuler le sang et puis ça ne fait de tort à personne. »

Nous avons vu la malade dans l'intervalle des accès. Elle est alors calme, travaille bien, n'a pas d'idées de préjudice. Elle est consciente de la nature pathologique de ses accès : « On n'a pas les idées comme tout le monde ; on ne parle pas comme tout le monde... ; j'étais plutôt gaie... ; alors je parle, des fois je chante... Naturellement nous ne sommes pas normales » et « ça recommence tous les ans ». Faisant allusion aux idées délirantes : « J'étais en état de démence, une aliénée n'est pas responsable de ce qu'elle fait », déclare-t-elle.

OBSERVATION XXIV

Mme Bo..., actuellement âgée de 53 ans, fut internée à deux reprises (à 38 et à 41 ans) avant l'internement actuel qui eut lieu lorsque la malade avait 45 ans. Les accès qui furent alors observés étaient caractérisés par de l'excitation, avec peut-être confusion, la première fois, ce qui fit penser à un appoint éthylique, et excentricités avec conservation de l'orientation, la seconde fois. Le diagnostic de psychose périodique fut porté.

Actuellement, elle est bien orientée et a une conscience partielle de la maladie. Calme, elle travaille correctement, mais présente de temps à autre des accès. Le plus souvent, il s'agit d'une *agitation* désordonnée avec irascibilité et, semble-t-il, une certaine désadaptation. Il y aurait alors peut-être des phénomènes hallucinatoires.

Plus rarement, on observe des états dépressifs avec idées de suicide.

OBSERVATION XXV

Mme Ci... est âgée de 52 ans. A 27 ans, elle est entrée à l'asile d'où elle n'est plus sortie.

Le début fut marqué par de l'agitation anxieuse, avec idées de persécution à forme mystique et tentatives de suicide. Dès cette époque, on nota une agitation assez peu compréhensible dans laquelle alternaient des sanglots et des

rières. La malade répétait souvent les mêmes propos stéréotypés. Depuis, elle a présenté des crises fréquentes d'irascibilité avec grossièretés et menaces à la moindre contrariété. Parfois apparaissent des idées délirantes de persécution. Parfois, ses propos sont érotiques.

Cette malade, qu'on pouvait occuper au début de son séjour, n'a plus aucune activité depuis deux ans. Elle reconnaît l'existence des troubles mentaux du début, mais s'en considère guérie et se croit seulement atteinte de troubles somatiques. Elle expose, en effet, des idées délirantes hypochondriaques de transformation corporelle. Elle présente d'ailleurs réellement une adiposité partielle en rapport avec des troubles glandulaires vraisemblables.

OBSERVATION XXVI

Mme Mo..., âgée de 49 ans, fut internée à 34 ans et de 35 à 39 ans, la première fois pour dépression mélancolique, la seconde pour excitation hypomaniaque. Il s'agissait alors d'une excitation très désordonnée avec dilacération.

A 42 ans, elle fut internée à nouveau pour état maniaque et agitation anxieuse. Ses propos étaient incohérents. La malade restait bien orientée. Peu après, elle se plaignait de persécutions corporelles vagues.

Depuis ce temps, la malade présente des périodes d'excitation avec taquineries, colères, susceptibilité. Dans l'intervalle, elle est calme et travaille bien. Actuellement, elle est aimable, souriante, même un peu euphorique. On ne trouve pas cependant d'excitation nette. La parole, toutefois, un peu rapide, avec blésité, est assez difficile à suivre. On n'observe ni troubles du cours de la pensée, ni stéréotypie. Les réponses, la mimique sont adéquates.

Une *débilité mentale* notée à chaque internement apparaît nettement dans la pauvreté idéique, la faiblesse du jugement, en même temps que dans la puérilité de l'attitude et des propos.

Nous avons vu ces différentes malades à Bonneval, dans le service de notre ami Henri Ey, qui les désigne par le terme de déséquilibre maniaque-dépressif. En effet, ils ne réalisent pas les ensembles cliniques de la psychose maniaque-dépressive et ne présentent pas le retour à la normale dans l'intervalle des troubles, qui ne constituent pas toujours de véritables accès. Pourtant, ils représentent un déséquilibre de l'humeur, tantôt orientée dans le sens dépressif, tantôt dans le sens

maniaque, souvent dans celui de la colère. Une irascibilité se manifeste à la moindre incitation désagréable, à la moindre contrariété dans certains de ces cas où le trouble du caractère ou de l'humeur persiste avec, dans l'intervalle, des périodes plus nettement morbides.

La dernière est un cas de débilité mentale. Le défaut de développement est sans doute responsable du caractère atypique des troubles. Il est un fait connu que la manie du débile est pauvre, « improductive ». Peut-être, pouvons-nous penser que ce défaut de développement est susceptible de jouer le rôle que jouerait le processus schizophrénique dans le cas de manie ou de mélancolie symptomatiques de démence précoce. Mais, dans ce dernier cas, il s'agit de déficit à caractère de dissociation, et non de déficit global, ce qui le différencie des démences organiques diverses et connues. Enfin, une régression laisse toujours persister des résidus d'états plus élevés qui rendent le tableau clinique plus complexe que ne peut l'être celui d'un défaut de développement.

Quelle que soit, d'ailleurs, la pathogénie de ces états, nous pouvons les situer en dehors des cadres psychotiques, dont nous discutons les rapports, car ils se présentent avec des caractères cliniques, évolutifs et même étiologiques différents de ceux qui caractérisent ces entités. Les intégrer à l'une ou l'autre de ces psychoses nécessiterait de relâcher la rigueur d'un ou de plusieurs termes qui définissent celles-ci. On les ferait alors trop extensives et dépourvues de leur unité qui seule en rend possible la compréhension d'ensemble.

CHAPITRE V

RELATIONS ENTRE LES CONDITIONS ORGANIQUES ET PSYCHOLOGIQUES CONTRIBUANT A LA GENESE DES ETATS MANIAQUES, MELANCOLIQUES ET SCHIZOPHRENIQUES. SIGNIFICATION PSYCHOLOGIQUE DE CES ETATS. LEUR REPARTITION NOSOGRAPHIQUE.

Les faits que nous avons rapportés dans les chapitres précédents nous posent différents problèmes très généraux.

En effet, si certains types sont, plus que d'autres, liés à une évolution, ce fait n'est pas absolu. Nous avons vu qu'un même trouble « générateur » pouvait provoquer des états psychopathiques *divers*, mais non des états psychopathiques *quelconques*. Réciproquement, nous savons que des états psychopathiques déterminés peuvent s'observer dans des conditions très diverses, purement d'ordre psychologique ou d'ordre biologique ; mais ces états déterminés ne sont pas provoqués par n'importe quelle perturbation organique à retentissement psychique. S'ils ne dépendent pas directement de la *nature* des troubles, leur forme dépend, *en partie*, de certaines conditions d'intensité, de durée, de rapidité, d'invasion et de résolution du trouble, et aussi de moments de la personnalité auxquels il apparaît.

Efforçons-nous d'appliquer ces principes à des ensembles cliniques, à des faits.

L'existence d'un état maniaque ou mélancolique, avons-nous dit, suppose conservée une certaine intégrité du psychisme. Ces états peuvent survenir dans des cir-

constances différentes. Ils peuvent être d'origine psychique. Les travaux sur la dépression réactionnelle (KURT SCHNEIDER), sur la manie psychogène (ROBIN et CÉNAC), etc., nous montrent qu'un psychisme peut réagir d'une manière pathologique à certaines émotions, à condition que leur retentissement soit considérable et s'accompagne de perturbations biologiques. En effet, dans plusieurs de ces cas, un certain « temps » de confusion mentale ou d'obtusion est souvent observé avant l'apparition de l'état bien caractérisé d'excitation ou de dépression.

Mais, le plus généralement, la manie et la mélancolie se manifestent à la faveur d'oscillations appelées holothymes, d'oscillations du « biotonus » dont l'origine organique n'est pas douteuse. De fréquentes perturbations organo-végétatives et endocriniennes sont simultanément observées.

Dans les deux cas, ces troubles apparaissent à la faveur de paroxysmes, de rupture d'équilibre dont on dit qu'ils sont fonctionnels parce que, obéissant à des lois très générales, ils tendent à revenir vers l'état antérieur et parce qu'il n'existe pas d'obstacle durable à ce retour vers l'équilibre.

Dans un troisième cas, ils sont symptomatiques d'un processus organique durable aboutissant généralement au tableau clinique d'un psychisme discordant. Il est remarquable que ces états apparaissent à l'extrême début des manifestations d'un tel processus ou lorsque ce processus évolue par *poussées* entre lesquelles une amélioration se produit, ce qui laisse supposer une régression de ce processus. Ces états ne surviennent pas à un stade avancé d'un processus de cet ordre, ou bien, ils sont alors réduits à des variations de l'humeur sans réaliser le tableau clinique complexe de l'état maniaque ou mélancolique. La raison en est que la désintégration du psychisme est alors trop intense.

Nous pensons que les trois sortes d'événements suivants, choc *affectif intense*, *oscillation holothyme*, début de *processus organique*, peuvent provoquer, dans l'organisme, des troubles qui réalisent, dans tous ces cas, pour

le psychisme, des conditions analogues. Ces conditions sont éminemment favorables à l'apparition des états maniaques et mélancoliques. Mais ce sont là des déterminations *impersonnelles*. D'autre part, des études psychopathologiques de la personnalité morbide reconnaissent, à l'apparition de ces états, des conditions *individuelles* (1).

Avant de considérer ces ensembles symptomatiques d'un point de vue plus psychologique, nous pouvons penser que des variations dans les conditions individuelles sont capables de provoquer des variations dans l'aspect clinique et qu'à la place d'états maniaques et mélancoliques puissent apparaître des états de type *autistique*, « schizotiques ».

Si nous considérons, maintenant, ces états schizotiques, nous constatons qu'ils peuvent être psychogènes (2). L'école de Sainte-Anne l'a montré en décrivant les *Schizoses* et le type schizomaniaque. CLAUDE, BOREL et ROBIN l'ont constaté à propos du « symptôme des réponses à côté » observé dans le cas Marie-Louise, dont nous avons exposé l'observation. Mais très souvent, ces états sont réalisés par le processus organique schizophrénique de type bleulérien. C'est-à-dire qu'à partir d'une certaine désintégration de la personnalité, celle-ci est encore susceptible de se manifester, de réagir par des états *d'autisme*.

Nous pouvons ici supposer que ces états apparaissent avec une détermination *impersonnelle* dans les conditions biologiques durables, lentement progressives, créées par un processus organique évoluant lentement.

(1) L'intensité du choc affectif est essentiellement liée à ces conditions individuelles. Il dépend d'elles que l'événement extérieur provoque ou non ce choc, mais la conséquence biologique (état confusionnel, par exemple), joue le rôle d'une détermination impersonnelle. La réaction qui la suit à son tour dépend, par contre, beaucoup plus de facteurs personnels. Il n'y a pas action biologique unique et réaction psychique unique, mais inter-réactions de telle sorte que chaque modification biologique à retentissement psychique est une nouvelle expérience pour le psychisme et que celui-ci, à son tour, par son activité (émotion, hyperkinésie, épuisement), crée de nouvelles modifications biologiques dont il subit lui-même les conséquences.

(2) Dans la mesure où ils sont pénétrables, ces états nous apparaissent « compréhensibles génétiquement ».

Certaines *conditions individuelles* d'hérédité, de développement de la personnalité s'ajouteraient aux *conditions biologiques* créées par un choc affectif intense. D'ailleurs, ces mêmes conditions individuelles seraient responsables à la fois de l'intensité d'un choc, qui serait sans effet pour un autre sujet, et de la réaction ultérieure.

Le jeu réciproque des déterminations *organiques, impersonnelles* et des déterminations *psychiques, personnelles*, expliquerait que des types soient si divers et que certains d'entre eux s'écartent des formes les plus schématiques qui sont à la fois les plus pures, les plus générales et les moins individuelles.

S'il s'agit d'un processus intense, rapide, la personnalité se trouve dissociée et incapable de réagir d'une manière cohérente par ce qu'on peut appeler un ensemble compréhensible. C'est le cas de l'hébéphrénocatatonie, de la démence précoce. A ce degré, tout ce qui est encore coordonné ne serait plus qu'une libération d'activités inférieures, conformément aux principes jacksoniens.

On conçoit que des degrés puissent exister qui laisseraient, suivant la gravité de l'affection, une part plus ou moins grande à la psychogénie, c'est-à-dire à l'action des facteurs personnels.

Envisagés d'un point de vue psychologique, ces facteurs individuels sont pourvus, comme phénomènes de la personnalité, d'une intentionnalité. Pour l'école béhavioriste, ils s'expriment en des ensembles dont le point de départ serait la naissance d'un désir, et la terminaison, sa satisfaction. La conduite du sujet pendant cette période constituerait un ensemble appelé comportement. D'autre part, l'école psychanalytique, conformément au principe du plaisir, considère ces états comme des régressions à des stades où l'énergie vitale appelée *libido* cherche à se satisfaire par l'accomplissement des désirs, plus directement instinctifs, en rapport avec le degré de développement acquis à ces stades.

Ainsi considérés comme soumis à un principe économique, ces ensembles ont une signification.

D'une manière générale, on peut considérer qu'ils constituent un refus de la situation faite à la personnalité par des conditions d'existence pénibles. Il peut en être ainsi dans certaines circonstances d'ordre psychologique, soit au sein même de la personnalité, soit dans les relations extérieures. Il se produit, dans ces cas, un conflit.

La perturbation organique pourrait créer un désordre, un déséquilibre, une souffrance à laquelle la personnalité chercherait à échapper par une sorte de fuite (refuge dans la maladie de FREUD), ou dans certains cas, par une surcompensation (ADLER). Si la psychanalyse a mis en évidence ces mécanismes assez généraux, elle a permis, en outre, surtout dans les états névrotiques et dans les psychonévroses les moins régressives, de comprendre assez intimement les applications particulières de ces mécanismes. Dans les psychoses que nous considérons actuellement, les régressions seraient très prononcées et les investigations psychanalytiques n'ont pas encore permis de les préciser.

Avant d'évoquer rapidement les quelques données de « psychologie abyssale » que nous apportent les méthodes freudiennes, considérons la signification que présentent ces réactions psychiques, à un examen plus actuel, plus « phénoménologique », de la manière dont elles s'offrent à nous.

Suivant les tendances phénoménologiques, les états pathologiques que nous observons, et qui paraissent si étranges, correspondraient à une manière spéciale « de concevoir le monde et soi-même ». Bien plus, il ne s'agirait pas tant d'une « conception » particulière des choses, mais d'une modification dans les rapports plus *immédiats* avec les choses. Ce serait plutôt une manière particulière « d'être dans le monde » due à des modifications dans les données immédiates mêmes. L'espace et le temps du maniaque ne sont plus notre espace et notre temps habituels. BINSWANGER et MINKOWSKI (1) développent ces idées.

(1) BINSWANGER : « Ideenflucht ». MINKOWSKI : Le temps vécu (voir compte-rendu de ces ouvrages dans le *Monde Médical*. Numéro spécial : *Les nouveautés de 1933*, p. 322.

L'antinomie maniaque-dépressive, pour BINSWANGER, présente, dans ses deux termes, une unité qui est sa « position » en face du « Moi et du Monde ». Il s'agit d'une fuite devant la souffrance actuelle. « La manie est l'événement heureux qui délivre de la contenance certaine de l'être... tandis que la dépression est le fait de succomber devant la difficulté de la problématique de l'être » (BINSWANGER. *Ideenflucht*). Ce contraste entre deux positions extrêmes s'oppose à l'ambivalence du Schizophrène.

Tout, pour le maniaque, est plus immédiat. L'espace est plus petit, tout est proche, facile à obtenir. Il n'existe plus d'obstacle, ni de difficulté. Les projets sont tout près d'être réalisés et les désirs immédiatement satisfaits. L'optimisme est un optimisme essentiel, primitif, une intense joie de vivre.

Le maniaque, pour MINKOWSKI, vit également dans un temps très immédiat, très rétréci. Il vit dans le momentané, dans l'instant. Nous avons pu observer personnellement un maniaque pour qui l'avenir même était actualisé. Parlant des événements qui suivraient immédiatement sa sortie, en l'occurrence, une opération chirurgicale, ce malade vivait, avec une intensité extrême de la mimique, des paroles et avec une très forte conviction d'une telle éventualité, la scène des préparatifs de l'opération.

Chez le mélancolique, il s'agirait d'un ralentissement du « temps immanent ».

Un malade de MINKOWSKI déclare « être un malade du temps » (1).

Le malade éprouve un sentiment de fatalité ; il est sous l'emprise du passé ; le présent n'est que ruines ; l'avenir lui est barré par les menaces les plus graves.

Ainsi compris, ces états ne constitueraient-ils pas de réactions compréhensibles psychologiquement, des réactions « morales » en face d'une situation pénible ? Le maniaque refuserait la maladie, triompherait de celle-ci et trouverait, dans l'*immédiat*, la satisfaction de son

(1) MINKOWSKI : *Etudes sur la structure des états de dépression*.

besoin intense de vivre. Le mélancolique succomberait et, intégrant la souffrance à son moi, se l'appliquerait à lui-même, trouvant dans son passé des raisons justifiant ce châtement.

Il est concevable que des réactions de ce genre puissent disparaître, par suppression réelle de la cause qui les provoqua, ou s'épuiser d'eux-mêmes, la cause provocatrice ayant été niée. Le retour à la connaissance par le psychisme du trouble causal pourrait être suivi d'une nouvelle réaction.

La réaction maniaque peut apparaître, avons-nous dit, dans des circonstances différentes, mais elle garderait la même signification : une réaction de vie, de santé. BOREL et CÉNAC, dans une communication sur la manie psychogène, citent l'exemple d'une jeune fille qui, dans le monde, triomphait de sa timidité habituelle par une exaltation passagère, sorte de « surcompensation » analogue aux faits étudiés par ADLER. De même, en présence d'une peine intense, le maniaque voudrait-il affirmer qu'il est heureux.

Il nous semble que cette affirmation de puissance vitale pourrait avoir lieu dans plusieurs circonstances. A une perturbation créée par une forte oscillation holothyme, ou à un début de processus organique, le malade opposerait une sorte de refus, de négation du trouble.

Nous avons assez souvent observé la manie précédée d'un état confusionnel ; nous savons qu'un processus schizophrénique évolue, parfois, par poussées, provoquant, suivant le terme de JACKSON, une « dissolution ». Mais la fin d'une poussée peut être, pour JACKSON, suivie d'une réévolution. La manie ne pourrait-elle pas s'observer, au retour de cette dissolution, comme une phase nouvelle de plénitude d'existence ?

On a insisté sur la dépression des sentiments vitaux, comme étant l'essentiel des états dépressifs endogènes, tandis que les dépressions réactives seraient dues à des sentiments psychiques compréhensibles de tristesse (Kurt SCHNEIDER, WESTERMANN (1)).

(1) Cette hypothèse repose sur la classification de SCHELER, qui distingue différentes couches de sentiments, allant des sentiments

Paul SCHILDER critique l'idée de ces auteurs et leur reproche de considérer cette dépression vitale comme venant de profondeurs inconnues et comme étant une inhibition d'une fonction vitale. Pour SCHILDER et l'école freudienne, la différence serait une différence de conflits affectifs. Les tendances sadiques, que comporte la mélancolie, seraient plus primitives et violentes que celles d'une dépression psychogène, où la plus grande partie de l'énergie libidinale serait retenue par le complexe d'Œdipe.

L'explication psychanalytique de ces états est encore débattue. FREUD a écrit un article sur le deuil et la mélancolie, mais sur la manie peu de travaux existent. La mélancolie serait une régression au stade de l'érotisme anal et du cannibalisme.

La tristesse correspondrait à la perte de l'objet, mais comme il s'agirait d'une fixation à la zone buccale, le moi s'identifiant à l'objet perdu, il y aurait *introjection*. Ainsi les tendances sadiques très vives se retournent contre le « moi » qui subit l'hypermériorité du « Sur Moi ».

La manie s'expliquerait par une sorte de réconciliation et d'identification entre le moi et le sur-moi. Il y aurait triomphe sur le maître sévère (FÉNICHÉL) et on constaterait des signes de tendances sadiques libérées.

Ces régressions font partie de la phase narcissique.

Dans les états schizophréniques très autistiques et surtout catatoniques, la régression serait plus marquée encore et correspondrait à un stade pré-objetal d'auto-érotisme.

La signification actuelle, et plus directement accessible des états schizophréniques, a été mise en évidence par CLAUDE, à propos de la Schizomanie. Ces états morbides seraient, chez les prédisposés, la conséquence « d'une tendance invétérée à se renfermer dans leur autisme,

sensibles, localisés physiologiquement, vers les sentiments vitaux, qui concernent l'état total du corps et de la vie, puis vers les sentiments psychiques, qui se comprennent toujours par leur genèse, et enfin vers les sentiments spirituels, comme celui de félicité, etc... (D'après JASPERS).

quand ils ne peuvent s'adapter à la situation, à la réalité ». Cet état apparaîtrait sous l'influence de complexes affectifs ou d'un état toxi-infectieux asthéniant. Certains Schizoïdes se réfugieraient dans le rêve, qui peut constituer, suivant l'expression de CLAUDE et MONTASSUT, une véritable « compensation idéo-affective ».

CLAUDE et ROBIN ont donné des explications analogues du négativisme schizomaniac et, nous l'avons vu, de certains cas « de symptôme des réponses à côté ». Ces auteurs ont montré le rôle des complexes affectifs dans la genèse de ces symptômes.

Des états catatoniques, au contraire, on donnerait une explication plus neurologique (CLAUDE et BARUK, GUIRAUD) tandis que la psychanalyse donne, comme nous l'avons vu, à ces états, la signification d'une régression à un stade tout à fait primitif.

Si nous avons abordé ici de telles considérations sur ces états pathologiques, c'est parce qu'elles nous apparaissent pouvoir apporter une contribution à une vue d'ensemble de la structure des psychoses, dans lesquelles on observe ces états.

La *structure* des formes pures de psychose maniaque-dépressive nous paraît s'opposer au maximum à celle des états très déficitaires de Schizophrénie ou plutôt de démence précoce. Voici, présentées en une sorte de schéma, ces structures où seuls les masses ou groupes d'éléments sont différenciés.

I. — TYPE IDÉAL MANIAQUE-DÉPRESSIF

A) *Cliniquement*. — Un ensemble défini par un élément *positif*, à savoir l'excitation ou la dépression ; et par l'élément *négatif* qu'est l'absence d'amoindrissement intellectuel, l'absence de signes schizophréniques primaires.

B) *Biologiquement*. — Oscillations dans l'équilibre biologique. Ces oscillations entraînent une perturbation des sentiments vitaux, à laquelle le malade réagit par un état maniaque ou mélancolique.

C) *Evolution*. — Discontinue, intermittente ou périodi-

que. Essentiellement non démentielle. La démence est due à un processus surajouté.

II. — ETATS DÉFICITAIRES DU TYPE DÉMENCE PRÉCOCE OU SCHIZOPHRÉNIE (BLEULER)

A) Cliniquement :

1) Perturbation primaire (BLEULER). Troubles au cours de la pensée, des associations (BLEULER), dépersonnalisation (ENGELSON).

2) Réactions psychiques secondaires vis-à-vis de cet état, rêverie autistique, négativisme, etc., catatonie.

B) *Biologiquement*. — *Processus organique* aboutissant plus ou moins rapidement à un *déficit accentué* et qui conditionne :

C) *l'Evolution*. — Celle-ci est continue et progressive le plus souvent. Elle peut être intermittente. L'intermittence des manifestations cliniques est due : 1° aux réactions anormales se produisant par psychogénie dans différentes circonstances ; 2° aux poussées évolutives du processus.

Mais on rencontre fréquemment un certain nombre de formes cliniques difficiles à intégrer dans l'un de ces deux cadres à cause de certains traits cliniques et évolutifs tenant de l'un ou de l'autre et correspondant à ce que les auteurs allemands HAUPTMANN et ZIEGELROCH, cités par URECHIA (1), appellent psychoses limites ou psychoses *marginales* (Rand-psychosen).

En effet les rattacher ou non à ces grands cadres, si importante que soit cette préoccupation, est peut-être moins utile que de bien isoler des types à partir desquels de nouveaux groupements peuvent faire remanier les cadres.

Nous dirons que dans la *constellation maniaque-dépressive*, autour des formes pures, nous pouvons observer :

a) des types mixtes de KRÆPELIN et WEYGANDT ;

(1) Urechia.

b) des types avec confusion, délires passagers ;

c) des types avec réaction d'apparence plus autistique que dans les formes pures et traduisant peut-être des fixations de la personnalité à des stades plus primitifs de développement infantile.

Dans la *constellation schizophrénique*, nous observons une foule plus considérable de types. Depuis les types avec dissolution extrême, dans lesquels la part psychique secondaire est infime, une hiérarchie de formes existe, dans lesquelles la part psychogène est d'autant plus grande que le processus est moins prononcé. Moins cette dissolution est accentuée, plus les formes ont de chance de se rapprocher des états maniaques ou dépressifs. Il en est ainsi à cause de l'intégrité relative de la synthèse psychique et de la moindre régression que le trouble entraîne.

Parmi ces formes, nous trouvons celles que nous avons déjà montrées dans le chapitre précédent qui sont : 1° les formes intermittentes et à début maniaque-dépressif (1).

2° Les formes à type maniaque-dépressif catatonique.

3° Les formes schizomaniaques.

Nous aurions tendance à ne considérer comme faisant réellement partie de la Schizophrénie que le premier groupe, quoique les tableaux maniaques ou mélancoliques puissent y être très nets.

Nous ne reprenons pas ici les arguments qui nous poussent à considérer ces états de début comme provoqués par le processus même, qui se manifeste pendant toute l'évolution. Rappelons qu'à chaque nouvelle crise apparaissent généralement des éléments plus nets de discordance, que peu à peu les états deviennent plus dissociés et moins intermittents. L'association de psychoses nous paraît impossible. Les tableaux cliniques sont des ensembles qui traduisent un état de la personnalité dont la réaction est commandée par certaines conditions formel-

(1) Peut-être pourrions-nous penser qu'un processus fixé et responsable de cette forme puisse être si léger que de ne constituer, par rapport à des oscillations du biotonus, qu'une « épine » dont l'effet ne se ferait sentir qu'à la faveur d'autres perturbations.

les du trouble générateur et par la structure de la personnalité elle-même.

Cette conception bleulérienne s'oppose à celle de DELMAS pour qui ces cas représentent des états constitutionnels, sur lesquels se développent des processus acquis toxi-infectieux. La confusion mentale fréquemment observée serait une preuve de ce fait et marquerait le début de la démence précoce. Mais la confusion mentale est trop fréquente dans la psychose maniaque-dépressive pour que nous puissions toujours accorder à ce fait une telle valeur.

Cette théorie accorde, à notre avis, une spécificité excessive aussi bien à l'hérédité qu'au processus organique de la démence précoce dans le déterminisme des aspects cliniques.

Pour d'autres auteurs, à l'inverse, ces formes s'expliqueraient par une faiblesse cérébrale congénitale ou acquise sur laquelle surviendraient des accès maniaques-dépressifs. Cette faiblesse, sous l'influence des accès répétés, favoriserait la démence.

DE BOUCAUD a consacré une thèse intéressante à ce sujet. Il s'agit de malades qui, après plusieurs accès de type maniaque ou mélancolique, avec intégrité dans l'intervalle, présentent plus tard un tableau de démence précoce. A côté d'observations très caractéristiques, quelques-unes constituent des cas plus discutables, car il s'agirait plutôt de psychoses d'involution, qu'avec beaucoup d'auteurs (1) nous considérons comme étrangères au groupe de la psychose maniaque-dépressive.

La terminaison démentielle de la psychose maniaque-dépressive franche, pour CLAUDE et LÉVY-VALENSI (2), serait le résultat de troubles fonctionnels répétés. Le trouble dynamique ferait place à une déficience organique définitive, comparable à celle qui, après des crises multiples d'insuffisance cardiaque curable, aboutit à l'asystolie irréductible.

(1) KRÆPELIN, STRANSKY, CAPGRAS, GAUSSEN, HALBERSTADT, etc., en ce qui concerne la mélancolie d'involution.

(2) CLAUDE et LÉVY-VALENSI : Psychose périodique et Démence précoce. *Encéphale*, mai 1931.

Ce sont là de nombreuses particularités évolutives qu'il convient de distinguer les unes des autres. Seuls appartiennent parmi ces cas à la psychose maniaque-dépressive les types qui ont pu être considérés comme tels, après de nombreux accès typiques, sans progression des troubles lors des premiers accès. La plupart des cas qui présentent au bout d'un temps plus ou moins long une dissociation schizophrénique correspondent pour nous à la forme maniaque-dépressive de la Schizophrénie. Généralement la discordance y est légère mais précoce.

Mais nous ne voudrions pas reprendre à leur début les discussions nosographiques. Notre travail a surtout en vue d'insister sur la complexité pathogénétique des états morbides qui, pour nous, expliquerait les nombreuses formes difficiles à intégrer dans les cadres kræpelinien. Que cette méthode aboutisse à multiplier les types ne nous paraît pas à redouter. Mieux vaut adapter les classifications aux types cliniques que de forcer les types cliniques à entrer en des cadres trop théoriques.

Nous avons étudié les formes morbides qui se placent entre les deux groupes de la psychose maniaque-dépressive et de la Schizophrénie. Le but de notre travail est d'insister davantage sur l'individualité de ces formes qui correspondent à des types cliniques et à des évolutions assez fréquemment observées, que sur leur intégration en l'un de ces deux groupes. Ceux-ci, par les entités compréhensives qu'ils forment, nous permettent de saisir, grâce aux rapports qu'elles affectent avec eux, les formes échappant en partie à notre compréhension et au rationalisme de nos classifications.

Les formes schizomaniaques se distinguent de la démence précoce, par l'absence de lésions organiques et du déficit que ces lésions provoquent. Mais là encore, il est permis de supposer qu'au début d'un processus organique intense, un tableau clinique schizomaniaque puisse être observé. Cette forme peut aboutir, pour CLAUDE, à la démence, de la même façon que la véritable psychose maniaque-dépressive le fait, en provoquant à la longue, une déficience permanente. Il y a là deux modes d'évolution opposés qui peuvent soulever, en pratique,

des questions de diagnostic et de pronostic difficiles à résoudre. Nous avons vu que CLAUDE, dans son rapport de Genève, admettait que les Schizoses et la démence précoce pouvaient être des formes extrêmes d'une même affection, mais qu'elles n'en constituaient pas moins des types cliniques et évolutifs différents. A ce titre, ils doivent être distingués.

Il résulte de ces considérations qu'un processus organique peut, à un moment donné de son évolution, provoquer les tableaux cliniques les plus divers. Cette diversité tient, pour une part, à certaines conditions dans lesquelles se manifeste ce processus. Il peut être léger, fixé, insidieux et lent ou rapidement évolutif. D'autre part, les déterminations personnelles, suivant les possibilités que leur laisse le processus, interviennent avec leurs caractéristiques individuelles. Il n'est pas étonnant qu'on puisse observer ainsi tous les états allant de la maniaque-dépressive la plus pure à l'hébéphrénocatatonie.

Le tableau suivant résume les possibilités cliniques que peuvent entraîner les variations d'intensité d'un processus organique, envisagé schématiquement ici à des degrés assez écartés d'intensité.

I. — *Perturbation organique*, peut-être variable dans sa nature et pas forcément neuro-lésionnelle, mais suffisante pour créer une modification des *sentiments vitaux*, ne fût-ce qu'une certaine angoisse qui se retrouve toujours plus ou moins dans la manie et dans la mélancolie. *Perturbation organique* pouvant se produire avec un certain *rythme*, ce qui est conforme aux lois biologiques des systèmes endocriniens et végétatifs.

Réaction à cette atteinte, *réaction psychique* homogène, puisqu'il n'y a pas trouble de la synthèse psychique. Ainsi seraient constituées les psychoses périodiques, circulaires, intermittentes à type maniaco-dépressif.

II. — *Perturbation organique* plus intense et surtout *progressive* mais dont la progression peut être intermittente ou plutôt rémittente ou simplement discontinue. *Réaction psychique* aux modifications des sentiments vitaux ou psychiques ou intellectuels ; réaction homogène encore si la synthèse psychique est encore possible

et revêtant alors l'aspect maniaque-dépressif, ou à un degré plus léger, celui d'un délire compréhensible ; réaction réalisant un sentiment d'étrangeté, une dépersonnalisation, si le trouble est plus accentué, avec les syndromes délirants, la catatonie et les divers accidents que ces sentiments entraînent ; réaction dont les diverses manifestations deviennent d'autant plus discordantes que les effets du processus sont plus prononcés.

III. — *Entre les deux groupes* et sans discontinuité franche avec eux (formes marginales et liminaires des auteurs allemands) nous placerons des états intermittents mais dans lesquels, à chaque accès, la perturbation est plus profonde que dans la psychose maniaque-mélancolique et où l'on retrouve des états d'excitation et de dépression moins purs, plus « dissociés » et sans signes de déficit dans l'intervalle.

IV. — *En dehors des deux groupes* de psychoses, nous plaçons des processus lents et discontinus qui seront d'autant plus maniaques-dépressifs que moins profonds. Parmi eux seraient les manies tardives et les mélancolies d'involution, dans lesquelles le caractère cyclothymique fait généralement défaut, certains cas appelés manies chroniques dans lesquels n'existe pas d'état démentiel véritable, peut-être quelques-uns des cas voisins de ceux-ci, qu'un processus schizophrénique abortif ou arrêté n'aurait pas conduits vers une dissociation prononcée.

Cette conception, trop uniciste pour certains auteurs, en ce qu'elle ne respecte pas les cadres rigoureux et classiques de la nosographie krapelinienne, leur paraîtra en contradiction avec l'existence clinique de psychoses périodiques, circulaires et autres n'évoluant pas vers la démence et la dissociation schizophrénique. Mais nous répondrons que, loin de nier l'existence de ces psychoses, nous reconnaissons leur incontestable *réalité clinique*,

comme nous reconnaissons celle des psychoses bien individualisées, telles que les psychoses paranoïaques, par exemple. Mais au point de vue psychopathologique général, exhaustif, les considérer comme des réactions psychiques susceptibles d'être provoquées par des troubles divers, y compris le processus ou les processus qui déclenchent les accidents schizophréniques, n'est pas confondre les deux espèces morbides, les deux entités *cliniques*. Nous croyons seulement que de simples variations biologiques peuvent provoquer, de la part de *certaines personnalités*, des réactions ; qu'un processus, à condition qu'il soit — et tant qu'il est — aussi léger que ces simples variations peut, de la part des *mêmes personnalités* ou de *mêmes types de personnalités*, provoquer des réactions analogues.

La manière dont se présentent les faits en clinique, et surtout leur fréquence relative, nous oblige à reconnaître deux entités cliniques fondamentales, mais dont la première, correspondant à un trouble non progressif, est forcément moins extensive que la seconde, dont le processus peut — et nous sommes, en ce point, tout à fait d'accord avec BLEULER — se manifester suivant son intensité, son progrès par des types cliniques empruntés à toute la pathologie mentale.

C'est pourquoi nous admettons une entité clinique maniaque-dépressive intermittente, mais qui n'a droit à l'existence nosographique que dans la mesure où elle ne traduit pas un processus évolutif.

Rien ne préserve spécialement les malades de ce groupe d'une atteinte ultérieure par un processus nouveau et entraînant la démence, mais alors une démarcation plus ou moins nette en fait reconnaître l'apparition.

Nous n'avons pas résolu absolument le problème de savoir si toutes ces formes à symptomatologie complexe devaient ou non être classées dans la psychose maniaque-dépressive ou dans le groupe plus vaste des psychoses discordantes. Nous pensons cependant qu'un assez grand nombre de cas où la manie et la mélancolie sont de purs syndromes font partie du second groupe.

Nous avons considéré cette question comme relevant

de la psychopathologie générale, pour souligner la complexité de structure de bien des formes, le nombre et les effets réciproques des facteurs en jeu. Mais si la multiplicité des points de vue risque de multiplier les formes, il n'y a pas d'inconvénient, nous semble-t-il, à le faire. En effet, dans certains cas, une convergence de tous ces points de vue permet de retrouver les formes pures idéales dont KRÆPELIN fit une remarquable classification. A partir de ces formes idéales, de nouveaux types peuvent être individualisés permettant d'apporter, aux cadres existants, quelques perfectionnements ou même des remaniements importants. Cette attitude n'est pas différente de celle que KRÆPELIN adopta lui-même envers son propre travail qu'il n'hésitait pas à vouloir toujours perfectionner et adapter aux progrès que sa méthode lui permettait.

Appendice

Nous avons considéré que les Schizophrénies étaient dues à un processus organique. De nombreux travaux se sont attachés à l'étude des perturbations ainsi produites. Des lésions anatomiques ont été décrites. Les signes somatiques observés au cours de la démence précoce sont généralement discrets et se manifestent par intervalles. Ils traduisent une évolution par stades successifs. Ceux-ci sont caractéristiques « d'une action pathologique lente, atténuée et diffuse » (BARUK).

Tout récemment on a insisté sur le rôle de certaines formes de virus tuberculeux dont les manifestations seraient conformes à ces caractères.

A l'inverse, la psychose maniaque-dépressive serait en rapport avec des perturbations fonctionnelles. Cependant, des lésions anatomiques auraient été constatées dans certains cas. Mais elles seraient latentes et les paroxysmes observés nécessiteraient l'intervention d'autres causes. Celles-ci seraient des oscillations de l'équilibre biologique et en particulier du système neuro-végétatif et endocrinien. CLAUDE et SANTENOISE ont décrit ces perturbations neuro-végétatives. Parmi les troubles endocriniens, ceux de l'hypophyse sont actuellement considérés comme prépondérants.

On observerait essentiellement une perturbation du métabolisme du brome, métabolisme qui serait sous la dépendance fonctionnelle du lobe antérieur de l'hypophyse. Les travaux de ZONDEK y ont insisté. Il semble toutefois que l'application de la réaction de ZONDEK n'ait pas toujours donné des résultats rigoureux pour le diagnostic de la manie.

URECHIA a étudié le taux du brome sanguin dans les psychopathies. Cet auteur a constaté l'abaissement de ce

taux dans la psychose maniaque-dépressive, à l'exclusion des manies et dépressions réactionnelles. Un certain nombre de formes « liminaires » ou « marginales » ne montrent pas cette modification. Ceci conduit à les exclure du cadre maniaco-dépressif comme d'ailleurs l'étude structurale nous pousse à le faire.

D'autre part, l'exclusion des états maniaques et mélancoliques réactionnels serait un argument en faveur de la non-spécificité des phénomènes psychopathiques par rapport au trouble générateur. Serait spécifique un certain état de l'humeur et des sentiments vitaux éminemment favorable à l'apparition d'accès maniaques ou mélancoliques.

Le caractère paroxystique du trouble paraît essentiellement lié à l'éclosion même de ces formes.

CONCLUSIONS

L'existence de formes cliniques, que le psychiatre hésite à placer dans le cadre de la folie maniaque-dépressive ou dans celui des psychoses discordantes, pose un problème nosographique qui ne peut être résolu par les seuls critères séméiologiques et évolutifs.

En effet, si ces critères suffisent à déterminer une forme morbide, on observe, à côté des types purs de psychoses maniaque-dépressive et discordante, une série de formes qui seront classées dans un groupe ou dans l'autre, suivant qu'on s'attache davantage au tableau clinique ou à l'évolution.

D'autre part, l'ambition kræpelinienne de fonder la classification, non seulement sur ces critères, mais aussi sur l'étiologie et l'anatomie pathologique, n'a pu être réalisée et, lorsque ces données sont connues, les troubles mentaux observés n'ont pas avec elles de rapports spécifiques. D'autres facteurs doivent donc intervenir.

Ces facteurs résident dans la personnalité même du sujet. Avant la constitution d'unités morbides par KRÆPÉLIN, on avait déjà, en France, attiré l'attention sur le facteur personnel de prédisposition que constituait la dégénérescence. Ce facteur a été tout d'abord considéré comme hérité ou inné. Malgré la fréquence de l'hérédité psychopathique, les lois de cette hérédité sont encore mal connues.

Les dispositions héritées ne sauraient être aussi complexes et rigides que le veulent les doctrines constitutionnalistes. Beaucoup de caractères sont acquis en fonction du milieu dans lequel s'est accompli le développement, comme l'ont montré les travaux psychanalytiques. Les tableaux morbides observés seraient des régressions à des stades plus ou moins primitifs du développement infantile.

BLEULER tint compte, dans l'étude de la Schizophrénie, de la *multiplicité des facteurs en jeu*. Un processus organique provoque des troubles impersonnels, non spécifiques, à la faveur desquels les facteurs personnels cristallisés en certains moments de leur développement sous forme de « complexes » constituent la plupart des tableaux cliniques.

Le tableau clinique peut être considéré comme une réaction vis-à-vis du trouble organique. Cette réaction aurait une signification de fuite ou de compensation. Les modalités de ces réactions dépendent : 1° de conditions inhérentes au trouble générateur ; 2° de la personnalité.

La *psychose maniaque-dépressive* correspond à un trouble générateur léger, paroxystique. En effet, les états maniaques et mélancoliques purs supposent une intégrité du fond mental, une absence de déficit intellectuel et un retour à l'état normal dans l'intervalle des accès. Ces caractères limitent forcément le cadre de cette affection, mais il semble qu'on puisse l'étendre, au delà de la folie périodique de FALRET, à des formes d'apparences moins régulières et simplement intermittentes et à des formes dont les accès comportent des états morbides, soit plus compréhensibles (délires de caractère paranoïaque), soit légèrement plus dissociés (accès de type plus schizoïde). Ces dernières variations dépendraient de la personnalité antérieure du sujet. Enfin, des états confusionnels peuvent être observés au début, au cours ou à la fin des accès.

Les *psychoses discordantes* dépendent d'une perturbation évolutive et croissante qui, suivant le degré qu'elle atteint et les caractères personnels, peut donner lieu à des troubles divers. Lorsque le trouble est très léger, on peut observer, suivant les tendances personnelles, des états psychothiques délirants bien systématisés, des accès de type maniaque et dépressif correspondant à des poussées du processus. Celui-ci, encore peu accentué, laisse

subsister l'intégrité nécessaire à l'éclosion de ces états. Lorsque le trouble est plus accentué, la dissociation apparaît qui ne laisse plus de possibilité de réaction autre que le refuge, dans une rupture avec le monde extérieur.

Si la perturbation est encore plus intense, l'autisme n'est plus réduit qu'à des résidus automatiques stéréotypés et discordants.

Les différences possibles de degré dans l'intensité du trouble expliquent l'extension beaucoup plus grande de ce cadre.

Il nous faut donc admettre, dans le cadre de cette psychose, beaucoup de formes très diverses.

1° Le processus organique pouvant évoluer par poussées, il convient de décrire des *formes intermittentes* et avec *rémissions*. Il faut distinguer les intermittences de l'évolution du trouble générateur, de celles qui sont dues à des réactions secondaires de la personnalité morbide en certaines circonstances.

2° Il n'est pas rare d'observer des *formes de début à type maniaque-dépressif*. Le début à type mélancolique de la démence précoce est un fait bien connu.

Il peut s'agir d'une évolution discordante après un ou plusieurs accès de type maniaque ou dépressif. Ces formes revêtent, en effet, souvent, le type évolutif intermittent ou rémittent.

Cette forme est à distinguer des cas où une évolution démentielle, soit par un processus toxi-infectieux nouveau, soit par un fléchissement organique à la suite de troubles fonctionnels répétés, vient compliquer celle de la psychose maniaque-dépressive. Celle-ci dans ces formes pures n'aboutit pas à la démence.

Un certain nombre de formes méritent d'être individualisées qui sont difficiles à intégrer en l'un des deux groupes. Ces psychoses *liminaires ou marginales*, ainsi appelées par les auteurs allemands, doivent peut-être rester en marge des deux groupes kræpelinien avec lesquels elles ont cependant d'étroits rapports.

Telle est la forme *intermittente maniaque-dépressive et catatonique*. Suivant les auteurs, elle fut placée dans un cadre ou dans l'autre, ou entre les deux.

La Schizomanie, décrite par CLAUDE, traduit une réaction psychogène à la faveur d'un trouble permanent, d'une disposition. Elle ne dépend pas d'un processus organique en évolution, mais sa symptomatologie est proche de celle que revêtent les formes légères et peu évolutives des psychoses discordantes. La Schizomanie peut être intermittente ou même périodique, se rapprochant alors du groupe maniaque-dépressif.

Enfin, l'arrêt ou la régression du processus morbide pourrait être à l'origine de nombreux types, qui constituent, seulement une séméiologie passagère dans les formes évolutives.

En dehors de ces deux groupes principaux doivent être rangés les états maniaques ou mélancoliques de la période d'involution et certains déséquilibres dont l'évolution est marquée par des oscillations de l'humeur ne réalisant point les ensembles cliniques complexes et homogènes de la psychose maniaque-dépressive.

Que les tableaux morbides ne soient pas spécifiques d'un trouble générateur déterminé, mais caractéristiques d'une personnalité dans certaines conditions anormales qui, elles, sont sous la dépendance du trouble, explique, à la fois, un certain rapport de fréquence entre des signes cliniques et un trouble déterminé et la possibilité de certaines tendances unicistes à considérer qu'un même trouble puisse engendrer n'importe quel tableau clinique.

Quelles que soient les circonstances pathogénétiques, nous devons considérer comme entités morbides celles qui sont bien individualisées par leur type clinique et leur évolution. A ce titre, la psychose maniaque-dépressive et les folies discordantes, malgré l'extension du dernier cadre dans lequel des subdivisions s'imposent, constituent de telles entités.

Les formes qui ne peuvent être classées dans l'un ou l'autre de ces cadres doivent en être rapprochées, mais non y être absolument intégrées. Mieux vaut une plus

grande rigueur clinique, qu'une classification trop théorique.

On peut considérer que si des formes cliniques et évolutives plus pures, plus compréhensives, représentent des exemples typiques, elles constituent des sortes de repères par rapport aux formes dans la pathogénie desquelles les facteurs multiples interviennent en proportions différentes et créent des tableaux cliniques variables.

Vu : *le Président de thèse,*

HENRI CLAUDE.

Vu : *le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

Bibliographie

- ABÉLY. — *Les terminaisons de la mélancolie*, 1923, 1 vol.
- ABÉLY (P.), PASSEK et ROYER. — Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque-dépressive (extension de la réaction de Zondek). *Ann. Méd.-Psych.*, t. 2, n° 2, juillet 1931.
- ABÉLY (Xavier), ABÉLY (Paul), PASSEK et COULÉON. — Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse dans la D.P. *Ann. Méd.-Psych.*, t. 1, n° 2, février 1932.
- ABÉLY (P.), PASSEK et COULÉON. — Nouvelles recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque-dépressive. Extension de la réaction de Zondek. *Ann. Méd.-Psych.*, t. 1, n° 2, février 1932.
- ABÉLY (Paul). — Psychoses post-émotionnelles des jeunes gens simulant la D.P. *Ann. Méd.-Psych.*, mars 1929.
- ALLIMANT. — Premiers accès de la schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes maniaques-dépressifs. *Thèse de Strasbourg*, 1927. *Travaux de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg*, VI, 1928.
- ANGLADE. — Les psychoses périodiques tardives, p. 61-91-119. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes Bordeaux*, 1931.
- ANTHEAUME. — Les psychoses périodiques. *Congrès de Genève*, 1907.
- ASKGAARD, HANNEMANN et AXEL V. NEEL. — Recherches sur les altérations des cellules et de l'albumine du liquide céphalo-rachidien dans les psychoses, spécialement dans la démence précoce et les états maniaco-dépressifs. *V^e Congrès des Psychiatres Scandinaves*, 22-26 août 1932. — *Acta Psycho* (analyse in *Ann. Méd.-Psych.*, oct. 1934, t. VIII, fasc. 3, p. 609-613, 1933.
- BADONNEL. — *Contribution à l'étude des troubles des fonctions organiques dans la mélancolie*, 1924.
- BAILLARGER. — De la folie à double forme. *Ann. Méd.-Psych.*, 1851, p. 369.
- BALLET (G.). — La psychose périodique. Considérations nosologiques sur la manie. *Encéphale*, n° 12, 10 déc. 1909.
- BANUS (Sanchez). — Diagnostic différentiel entre la schizophrénie et la M.D. *Arc. de medicina cirugía y especialidades*, 1^{er} déc. 1928 (607-624).
- BARBÉ. — Difficultés du diagnostic différentiel entre la D.P. et la psych. périodique. *Encéphale*, 1912, I, p. 437.
- BARBÉ et GUICHARD. — Démence précoce ou psychose périodique. *Soc. de Psych.*, 16 mars 1911. *Encéphale*, 1911, I, p. 365.
- BARUK et LAURENT. — La phase somatique prodromique de la démence précoce. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 juillet 1933, p. 437.

- BERZE. — Die manisch Dépressive Familie. *Monatsch. f. Psych. Neur.*, 1909, vol. XXVI, p. 270-288.
- BINET et SIMON. — Définition des principaux états d'aliénation. *Année Psychologique*, vol. 16, 1910.
- BINSWANGER. — Welche Aufgaben ergeben sich für die Psychiatrie aus den forschritten der neue Psychologie ? *Zeitschrift f. die g. Neur. u. Psych.*, 1924, t. XCI, p. 402.
- Ueber Ideenflucht. *Arc. Suisses de Neur. et Psych.*, 1931-32, t. 27, 28, 29 et 30.
- BIRNBAUM. — Der Konstitutions begriff in den Psychiatrie. *Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1913, 20, p. 520.
- Der Aufbau der Psychose. Ein Klinisch Versuch. *Allg. Zeitsch. f. Psych. u. Psych. g. med.*, 75, 1919.
- Grundgedanken zur Klinisch Systematik. *Zeitsch. f. die g. Neur. u. Psych.*, 74, p. 103.
- Die Strukturanalyse als klinisch Forschungsprinzip. *Zeitsch. f. die g. Neurol. u. Psych.*, 53, p. 121.
- BLEULER. — Schizophrenie (traité d'Aschaffenburg). La schizophrénie. *Congrès des Alién. et Neurol. de langue française*, Genève-Lausanne, 1926.
- Mendélisme bei Psychosen speziell bei der Schizophrenie (passage cité et traduit par Rédalié dans « La notion de Réaction en Psychiatrie »).
- BOND et ABBOTT (Stanley). — A comparison of persona characteristics in dementia praecox and manic depressive psychoses. *American Journal of insanity*, vol. 18, p. 359, analysé in *Revue Neurologique*, 1913, t. I, p. 191.
- BORNSTEIN (M.). — Ueber die differential diagnose der zwischen manisch-dépressiven Irreseins und der Dementia Praecox. *Zeitsch. f. die g. Neur. u. Psych.*, 5, 145, 1911.
- BOUCAUD (P. DE). — Existe-t-il des rapports entre la folie manico-dépressive et la démence précoce ? *Thèse Bordeaux*, 1933.
- BOUDERLQUE (Mlle). — Folie intermittente ou démence précoce. *Société clinique de Médecine mentale*, janvier 1920.
- BOVEN. — Caractère individuel et aliénation mentale. Observations sur les rapports du caractère individuel de l'enfant avec le genre et la variété de la psychose ultérieure chez divers aliénés. *Arch. Suisses de Neurol. et de Psych.*, vol. VI, fasc. 2, 1920, p. 317.
- Etude sur les conditions du développement au sein des familles de la schizophrénie et de la folie maniaque-dépressive. *Arch. Suisses de Neurol.*, vol. 8, fasc. 1, 1921, p. 89.
- Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaque-dépressive. *Thèse de Lausanne*, 1915.
- BUMKE. — Ueber die Umgrenzung der manisch depressiven Irreseins. *Zentralblatt f. Nervenheilk und Psych.*, 32, 381, 1909.
- CAPGRAS. — *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile*, 1900.
- Délire polymorphe et folie intermittente. *Bull. Société clin. Méd. ment.*, 1914. Séance 20 juillet, p. 224.

- Folie intermittente et délire systématisé chronique. *Bull. Soc. clin. Méd. ment.*, p. 25.
- Psychose mixte. Paranoïa maniaque-dépressive. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 juillet 1933.
- CAPGRAS et ABÉLY. — Psychoses atypiques, folie intermittente ou démence précoce. *Soc. clin. de Méd. ment.*, janvier 1922.
- CAPGRAS et CULLERRE. — Un état mixte : manie improductive. *Bull. Soc. clin. Méd. ment.*, 1926, p. 33.
- Parkinsonisme post-encéphalitique. Etat mélancolique. *Bull. Soc. clin. Méd. ment.*, 1926, p. 25.
- CARRETTE. — Syphilis cérébrale. Paralyse générale ou folie intermittente. *Bull. Soc. clin. Méd. Ment.*, 1924, p. 147.
- CARRETTE et DURAND-SALADIN. — Choc émotif et folie intermittente. *Bull. Soc. clin. Méd. ment.*, 1926, p. 5.
- CHARPENTIER (R.). — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions. *Journ. de Neur. et de Psych.*, mars 1932.
- CHASLIN et SÉGLAS. — Intermittence et démence précoce. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, n° 3, mai, juin 1911.
- CLAUDE. — Démence précoce et Schizophrénie. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Genève 1926, comptes rendus p. 110 et 111.
- CLAUDE, BOREL et G. ROBIN. — Démence précoce. Schizomanie et Schizophrénie. *Encéphale*, n° 3, mars 1924.
- CLAUDE et CUEL. — A propos de la réaction de Zondek dans les états maniaques. *A.M.P.* 1933, t. II, p. 233.
- CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et Démence précoce. *Encéphale*, t. XXVI, n° 5, mai 1931.
- CLAUDE et G. ROBIN. — Considérations sur le Symptôme des « réponses à côté » et ses rapports avec les complexes affectifs. *Encéphale*, n° 8, sept., oct. 1924.
- CLAUDE, TINEL et SANTENOISE. — Etude comparée du réflexe solaire et du réflexe oculo-cardiaque. *Soc. de Biologie*, nov. 1922, comptes rendus 1922, t. II.
- CLAUDE, SANTENOISE et TARGOWLA. — Fugues, perversions instinctives et psychose périodique. *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.*, 1923, p. 223.
- CLAUS. — Catatonie et Stupeur. *Congrès des Aliénistes et Neur. de France*, Bruxelles, 1903.
- CODET. — La Syntonie excessive. *Evol. psych.*, 1934, t. IV.
- COURBON. — Démence précoce et psychose M.-D. *Encéphale*, mai 1913, p. 434.
- COURBON et LECOMTE. — Les idées de persécution dans la manie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1934, t. I, p. 121.
- DELMAS (Achille). — Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie. *Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*, à Limoges, 1932.
- Psychose périodique et Démence précoce. *A.M.-P.*, 1934, II, n° 4, p. 570.
- DEMAÏ. — *Des psychoses familiales*, Paris, 1913.
- DENY. — Démence vésanique. *Congrès de Pau*, 1904.
- DENY et CAMUS. — *Les états mixtes*.

- DERON. — *Le syndrome maniaque*, Paris, 1928.
- DIETHELM (Oskar). — Non organisation and Disorganisation of the Personality during Psychoses. *Arch. of Neur. and Psych.*, t. XXIX, n° 6, p. 1289-1304, juin 1933. Analyse in *Ann. Méd.-Psych.*, oct. 1934.
- DUBOURDIEU. — Contribution à l'étude des Délires de persécution symptomatiques de psychose périodique. *Thèse de Bordeaux*, 1909.
- DÜRST. — Studien über schizophrene einschläge in manisch depressiven Stammbäumen. *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1930, V, 124, p. 426.
- DUCLOS. — Contribution à l'étude de l'état mental dans les intermissions de la psychose périodique. *Thèse de Paris*, 1913.
- DUMAS (Georges). — Les états intellectuels dans la mélancolie. *Thèse*, 1894.
- ENGELSON. — Evolution et structure de la schizophrénie. *Thèse Lausanne*, 1934.
- EWALD. — *Man. depress. Irresein*, janvier 1929, Fortschritta der Neur. Psych.
- Das M.D. Irresein und die Frage der Krankheitseinheit. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, t. LXIII, 1921, p. 64.
- Charakter, Konstitution und der Aufbau des manisch-depressiven Irreseins. *Zeitsch. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, 71.
- EY (H.). — La notion de constitution. Essai critique. *Evolution psychiatrique*, oct. 1932, et discussion du rapport de psychiatrie au Congrès de Limoges, 1932.
- Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques. *Evolution psychiatrique*, 1934, fasc. III.
- FALRET. — Mémoire sur la folie circulaire. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1853-1854, p. 397.
- FASSOU. — Contribution à l'étude des états mélancoliques au début de la démence précoce. *Thèse*, 1909.
- FREUD. — Trauer u. Melancholie. *G. Sch.*, VI.
- GARCZYNSKI. — *De l'issue des folies périodiques et circulaires*. Genève, 1910.
- GAUP. — Zu Frage d. Kombinierten Psychosen. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1904, p. 404.
- Zu Frage d. Kombinierten Psychosen. *Archiv. f. Psych.*, vol. 76, 1925, p. 21.
- GAUSSEN. — *La mélancolie présénile. Etude psychologique et clinique*, 1911.
- GEIST. — Ueber die Klassifikation der periodischen Psychosen. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.*, 64, p. 48, 1907.
- GELMA. — Une forme périodique de l'activité : La délinquance récidivante stéréotypée. *Clin. Psychiatrique. Fac. de Strasbourg*, 1930, p. 115.
- L'altération du sens moral dans la période qui précède l'éclosion de troubles psychiques d'évolution cyclique. *Clin. psych. de la Faculté de Strasbourg*, p. 201.
- GORDON. — Diagnostic différentiel entre la psychose maniaque-dépressive et la D.P. *Journal of nervous and mental diseases*, January, 1912, vol. XXXIX.

- GUIRAUD. — Les formes verbales de l'interprétation délirante. *A.M.P.*, 1921, I, p. 395.
- GUIRAUD. — Conception neurologique du Syndrome catatonique. *Encéphale*, 1924, t. 2, p. 571.
- HANNEMANN. — Recherches sur la teneur du liquide céphalo-rachidien en cellules et en albumine chez les patients atteints de schizophrénie. *Acta psychiatrica*, vol. VII, f. 4, 1930, p. 109.
- HALBERSTADT. — La démence précoce à évolution circulaire. *Revue de Psychiatrie*, sept. 1913.
- La démence précoce mélancolique. *Revue Neurologique*, t. II, n° 1, juillet 1925.
- Etude clinique de la démence mélancolique présénile. *Ann. Méd.-Psych.*, 1930, I, p. 409.
- La mélancolie présénile et ses variétés cliniques. *Ann. Méd.-Psych.*, 1928, II, p. 307.
- Stéréotypies dans un cas de stupeur maniaque. *Encéphale*, juin 1910, p. 672, t. I.
- Rémissions, intermittences et évolution circulaire au cours de la D.P. *Paris Médical*, 16 oct. 1926, vol. II, p. 312.
- Syndromes anormaux au cours de la M.D. *Ann. Méd.-Psych.*, février 1930.
- HERZ. — Zu Frage d. Sogennanten mischpsychosen. *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1928, vol. 116, p. 251.
- HOFFMANN. — Die Nachkommenschaft bei endogene Psychosen. Studien über Vererbung und Entstehung. Berlin, Springer, 1921.
- Schizotym. cyclothym. *Z. f. die g. Neur. u. Psych.*, 1923, vol. 82, p. 93.
- JASPERS. — *Psychopathologie générale*. Traduc. Kastler et Mendousse. Alcan.
- JELGERSMA. — Abweichende falle von M.D. Psychose. *Zentralblatt*, vol. 39, p. 84.
- JOST. — L'influence de l'âge sur la symptomatologie de la folie maniaque-dépressive. *Travaux de la clin. psychiatrique de Strasbourg*, VII, 1929, p. 121.
- JANKOWSKA. — Störungen des saurebasen gleichgewichts bei manisch depressiven irresein und unter affekteinflüssen. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1932, vol. 141, p. 394.
- Nachtrag zu meinen arbeiten über die störungen des grundumsatzes und des säurebasen gleichgewichts bei manisch depressiven irresein und unter affekteinflüssen. *Zeitsch. f. d. g. Neur. und Psych.*, 1933, vol. 147, p. 159.
- KAHN. — Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. IV Schizoid und Schizophrenie um Erbgang. *Monographies*. O. Foerster u. K. Wilmanns, H. 36, J. Springer, Berlin, 1922.
- KAHN (Pierre). — La cyclothymie. *Thèse de Paris*, 1909.
- KENNETH, APPELL, GRIFFORD, FARR, HODES. — The acid-base equilibrium of the blood in psychotic patients, with special reference to affective psychoses. *Journ. nervous and ment. Diseases*, 1932, t. 75, p. 22.

- KIRBY. — The catatonic Syndrome and its relations to M.D. insanity. *Journ. of nervous and ment. Diseases*, 1913, p. 113.
- KLEIST. — Ueber zyklische paranoide und epileptoide psychosen der degeneration psychosen. *Arch. Suisses de Neur. et Psych.*, 1928, t. 23, p. 3.
- KLIENECKER. — Atypische periodische Psychosen *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1923, vol. 79, p. 37.
- KRÄPELIN. — Ueber exogen reaktionstypen. *Zentr. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 40, 1925.
- Die Erscheinungsform des Irreseins. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 62, 1920.
- KRETSCHMER. — *Körperbau und character*. Berlin, Springer, 1921. Trad. française.
- *Manuel théorique et pratique de Psychologie médicale*, traduit par le Dr S. Jankelevitch. Ed. Payot, Paris.
- Wahnbildung und M.D. Symptom-komplex. *Allg. Z. f. Psychiatrie*, 1914, vol. 71, p. 397.
- Experimentelle Typenpsychologie Sinnes und Denkpsychologische resultate. *Z. f. die g., N. u. P.*, u. 113, 1928, p. 776.
- LACAN. — *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Paris, 1932.
- LAGACHE. — *Les hallucinations verbales et la parole*. Alcan, 1934.
- LALANNE. — *Les persécutés mélancoliques*, 1897.
- LANGE. — *Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer erkrankungen*. Berlin, 1922. Julius Springer (monographies de Foerster und Wilman).
- Psychose maniaque-dépressive, in *Traité de Bumke*, Berlin, 1928.
- Periodische, Zirkuläre und reaktive Erscheinungen bei der Dementia præcox. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 80, 1923, p. 200-239.
- LAUTIER. — Catatonie et psychose périodique. *Soc. Méd.-Psych.*, mai 1924.
- LANGELUDDEKE. — Diagnostische Studien am W. Sternschen aussage versuch manisch depressives Irresein und Schizophrenie. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psychol.*, 1930, vol. 128, p. 257.
- LEGRAIN. — Pour servir à l'histoire de la démence précoce. Folie familiale. La démence et la dégénérescence. *Bull. Soc. Clin. de Méd. Ment.*, juin 1912, p. 200.
- LERAT. — Psychose périodique avec accès dépressifs accompagnés d'une incohérence verbale de cause indéterminée. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1920, p. 164.
- LEROY. — Un cas de D.P. chez une malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent. *Ann. Méd.-Psych.*, oct.-nov. 1912.
- Récidive d'un accès maniaque au bout de 25 ans. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1913, p. 156.
- Démence précédée de plusieurs accès de mélancolie suivie d'internement. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1926, p. 78.

- LEROY, RUBÉNOVITCH et TRELLES. — Psychose maniaque-dépressive ou schizophrénie évolutive. *Ann. Méd.-Psych.*, déc. 1931.
- LEROY et MONTASSUT. — Psychose intermittente atypique simulant la D.P. *Soc. Méd.-Psych.*, 30 nov. 1925.
- LÉVY-VALENSI, MIGAUT et LACAN. — Ecrits « inspirés » : Schizographie. *Ann. Méd.-Psych.*, déc. 1931.
- LÉVY-VALENSI, MASQUIN et MARESCHAL. — Hypomanie délirante. *Soc. Méd.-Psych.*, séance du 8 décembre ; *Ann. Méd.-Psych.*, 1932, t. II, p. 612.
- LÉVY-VALENSI, BOREL et LAGACHE. — Accès maniaque consécutif à une perte de sang. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 janvier 1935.
- LOGHE et HEUYER. — Idées d'influence au cours de l'excitation maniaque. *Comm. au Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Strasbourg, 1920.
- LUXENBURGER. — Ueber einige praktisch wichtige probleme aus der Erb-pathologie des zyklithymen Kreises. — Studien en erbgelijken Zwillingspaaren. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1933, vol. 146, p. 87.
- MAGALHAES LEMOS (de Porto). — Paralyse générale à son début et psychose intermittente à forme circulaire. Diagnostic différentiel ; nature organique probable de cette psychose. *Revue Neurologique*, 1932, t. 1, pp. 356 à 374.
- MARCHAND. — Méningite spécifique et périodicité. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1923, p. 17.
- MARCHAND. — Lésions de l'encéphale dans un cas de psychose périodique. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1928, p. 176.
- MARSHALL (R. M.) — On the differential diagnoses of manic depressive insanity and dementia praecox. *Glasgow Méd. Journal*, 80, p. 185.
- MASSELON. — Les psychoses associées. *Ann. Médico-Psychologiques*, 1912, t. 1, p. 641.
- MATTHEW-MOORE, David NATHAN, Annie ELLIOTT et Charles LANBACH. — Encéphalographic studies in manic depression psychosis. Report of thirty Eight cases. *Arch. of Neurology and Psychiatry*, 1934, t. I, p. 1194.
- MAYER-GROSS. — Beiträge zur Psychopathologie Schizophrener Endzustände erste Mitteilung. Ueber Spiel, Ironie und Humor in der Schizophrenie. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psychiatr.*, 69, 1921, p. 332.
- MELSON. — Rapports entre folie M.D. et Schizophrénie. *Zentralbl. f. Nerv. u. Psych.*, vol. 42, p. 689.
- MINKOWSKI. — Du symptôme au trouble générateur. *Arch. suisses de Neur. et Psych.*, Zurich, 1928, vol. XXII, f. 1, p. 35.
- MINKOWSKI. — La genèse de la notion de Schizophrénie et ses caractères essentiels. *Evolution psychiatrique*, t. 1, Payot 1925, p. 193.
- MINKOWSKI. — La notion de temps en psychopathologie. *Evolution psychiatrique*, 2^e série 1929, n^o 65.
- MINKOWSKI. — La Schizophrénie, Paris, 1927.
- MINKOWSKI. — Le temps vécu. Paris, 1933.
- T. MOORE. — Empirical determination of certain syndromes underlying praecox and manic depressive psychoses. *The American journal of Psychiatry*, n^o 9, january 1930 (719-738).

- MULLER. — M.D. Irrescin und D.P. *Zentralblatt. fur Nerv. u. Psych.*, vol. 28, p. 145.
- MULLER. — Echt periodische Formen d. D.P. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1924, vol. 80, p. 272.
- NACHT. — La structure inconsciente de quelques psychoses. *Encéphale*, 1932, 2, p. 902.
- NAUDASCHER. — Accès de dépression mélancolique avec anxiété et tentative de suicide chez une démente précoce ou au cours d'une psychose maniaque-dépressive atypique. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1923, séance du 23 mai, p. 141.
- NEISSER. — Individualität und Psychose. *Berlin Klin-Wochenschr.*, 1905.
- OSSIPOW. — Gemischte oder kombinierte Formen von Cyclophrenie und Schizophrenie. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1924, vol. 92, p. 296.
- PASCAL. — Période prodromique de la D.P. *Congrès de Lille*, 1906.
- PASCAL. — Rémissions dans la D.P. *Revue de Psychiatrie*, 1907, pp. 99 et 147.
- PASCAL. — Les états mélancoliques symptomatiques de la démence précoce. *Arch. de Neur.*, avril 1907.
- PASCAL. — La démence précoce. Etude psychologique médicale et médico-légale. Paris, 1911, Alcan.
- PETIT (G.). — Excitation maniaque et paranoïa. *A.M.P.*, juin 1933.
- PETIT (G.). — La régression héboïde dans l'excitation maniaque, la régression pédoïde dans la Manie. *A.M.P.*, 1933, tome 1, p. 635.
- PETIT (G.). — Ambivalence et homosexualité dans la manie et excitation cyclothymique. Le virilisme maniaque. *Soc. Méd.-Psych.*, séance du 8 juin. *A.M.P.*, 1933, tome 2, p. 70.
- PETRERI (Alfred). — Verfolgungsideen bei manisch depressive Irresein. *Acta psychiatrica*, vol. 7, f. 4 (1932).
- PFERSDORFF. — Stereotypien in M.D. irrescin. *Centralblatt f. Nervenh.*, 1906, p. 745.
- PFERSDORFF. — Un mode d'évolution de la démence précoce. *Soc. des alién.*, Allemagne du sud-ouest, nov. 1908. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. 66, 1909.
- PICARD. — Les parentés psychologiques et cliniques de l'épilepsie et de la psychose maniaque-dépressive. *Evolution psychiatrique*, 1934, fasc. 4.
- PILCZ. — Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie den periodischen Irreseins. *Monasschrift f. Psych. und Neur.*, 1909, p. 359.
- F. PLATTNER-HEBERLEIN. — Persönlichkeit und Psychose asthenischer und pyknischer Schizophrenen. *Zeitsch. f. d. g. N.*, p. 277 v. 141, 1932.
- POHLISCH. — Der Hyperkinetische symptomkomplex, Berlin, 1925.
- RAECKE. — Zur Prognose d. Katatonie. *Arch. f. Psych.*, 1910, vol 67, p. 1.
- REBOUL-LACHAUX et BOUYER. — Notes sur le pronostic de chronicité au cours des états maniaques dépressifs. *Comm. au Congrès des Alién. et Neurol.*, 1930.
- REDALIÉ. — Les notions de réaction en psychiatrie. *Arch. suisses de Neur. et Psychiatrie*, 24, 1929, p. 294.

- REDALIÉ. — Les facteurs endo et exogènes dans la Schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive. *Encéphale*, 1929, p. 821.
- REHM. — Psychologische versuche nei manisch depressive Irresein. Verhandlungen psychiatrie der Vereine. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1906, n° 63, p. 905.
- REHM. — Das manische melanc. Irresein. Berlin, 1919.
- REHM. — Fall H und Fall Schr. *Zeitsch. f. d. g. neur. u. Psych.*, t. 47, 1919.
- REHM. — Das delir im rahmen des manisch melancholischem Irreseins und des psychiatrischen systems. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1926, vol. 101, p. 535.
- REISS (E.). — Konstitutionnelle Verstimung und manisch depressives Irresein. Klinische Untersuchungen über den Zusammenhang von Veranlagung und Psychose. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1910, 2, p. 347.
- RIDOLFI. — Sindrome maniaco-depressiva e processo paralitico cerebrale. *Annali dell'Ospedale psichiatrico di Perugia*, 1932, t. 26, p. 367.
- RITTERSHAUS. — Die Klinische Stellung des man. Dep. Irresein. *Zeitsch. f. d. g. Psych. u. Neur.*, 1920, t. 56, p. 10 et t. 72, p. 320.
- RITTERSHAUS. — Die differential diagnose zwischen manisch depressiven Irresein und Dementia praecox. Nordatsch. ver. f. Psych. Strelitz, 1911. *Bericht in Allg. Z. f. Psych.*, 68.
- RITTL. — *Traité clinique de la folie à double forme*, Paris, 1883.
- ROBIN et CÉNAG. — La manie psychogène. *Comm. Congrès de Genève*, Lausanne, 1926, p. 255.
- ROSENFELD (Strasbourg). — A propos du diagnostic différentiel des psychoses fonctionnelles endogènes. *Journ. f. Psych. u. Neurol.*, vol. 12, f. 1-2, p. 109.
- ROSSI. — A propos de certains états d'aliénation curables simulant la schizophrénie. *Encéphale*, p. 501, juin 1928.
- RUBENOVITCH. — Contribution à l'étude de la Schizomanie. *La Schizomanie simple*, Paris, 1926.
- RUDIN. — Zur Vererbung und Nuentstehung der Dementia praecox Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen, 1, 1916.
- SACRISTAN Y PERAITA. — Bromspiegel des blutes manisch-depressiven Irresein. *Klin. Wochenschr.*, t. 12, 1933, p. 469.
- SACRISTAN Y PERAITA. — El metabolismo del bromur en la psicosis maniaco-depressiva endogena. *Archivos de Neurobiologia*, t. 13, p. 39.
- SANZ (Fernandez). — Sobre las relaciones clinicas entre procesos esquizofrenicos y maniacos depresivos. *Il siglo medico* 83, 5 janv. 1929.
- SAUSSURE (R. DE). — Diagnostic différentiel entre la folie M.D. et la catatonie. *Encéphale*, février 1924, n° 2, p. 73.
- SCHILDER (Paul). — Clinical studies on particular types of depressive psychoses, their differential diagnosis from schizophrenic pictures and some remark on the psychology of depressions. *The journal of Nervous and mental Disease*, vol. 80, 1934, t. II, n°s 5 et 6.

- SCHMID (H.). (Lausanne). — Ergebnisse persönlich erholener Katamnesen bei geheilten Dementia praecox Kranken. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, vol. 6, 1911, p. 125. *Analyse in Revue neurologique*, 1912, t. 1, p. 112 (Trénel).
- SCHNEIDER (Carl). — Psychologie der Schizophrenie, Leipzig.
- SCHNEIDER (Kurt). — Der begriff der reaktion in den Psychiatrie. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1925, 95.
- SCHNEIDER (Kurt). — Ueber depressions zustände. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, vol. 138, p. 584, 1932.
- SCHOLOMOVITSCH. — Heredität und physische entartung bei geisterkranken und geistig gesunden. *Monatschriftl. f. Psych.*, XXXVI, p. 297.
- SCHWELEW. — Untersuchung der Blutkapillare bei cyclophrénie. *Zeitsch. f. d. g. Neur. und Psych.*, 1932, t. 138, p. 688.
- Vegetative störungen bei der cyclophrenie. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1929, vol. 120, p. 650.
- SCHULZ (Bruno). — Zur Erbpathologie der schizophrenie. *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, vol. 143, 1933, p. 175.
- SÉGLAS et CEILLIER. — Deux sœurs internées simultanément, l'une atteinte de « folie discordante », l'autre d'un accès maniaque suivi de guérison. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, séance du 19 avril 1920, p. 89.
- SÉGLAS et COLLIN. — A propos du diagnostic de la D.P. et de la maniaque-dépressive. *Soc. de Psychiatrie*, 18 nov. 1909 ; *Encéphale*, n° 12, déc. 1909, p. 557.
- SÉGLAS et LOGRE. — Des rémissions dans la D.P. *Soc. de Psychiatrie*, fév. 1911, p. 557-562 ; *Encéphale*, 1911, p. 276.
- SIDAVY. — *La catatonie intermittente*, 1931.
- SMITH. — Catatonic states in M.D. insanity. *Medical Records*, vol. 87, 1915, p. 311. Analysé par Claude dans *Encéphale*, 1924, p. 605.
- Atypischen und schizophrene psychosen. *Acta Psychiatrie*, VII, 1932, p. 593.
- SOMMER. — Diagnostik der geisten krankheiten. *Urban und Schwarzenberg*, Vienne, 1901.
- STOCKER. — Welchen unterschied besteht zwischen einer ideenflucht depressiven Denkhemmung und Schizophrenes störung des Denkens. *Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych.*, XLVIII, 1919, p. 316.
- SWOBODA. — *Die periode des menschlichen organismus in ihrer psychologischen und biologischen bedeutung*, Wien, 1904.
- TAMBURINI. — Psicosi catatonica acuta e psicosi maniaco-depressiva catatonica. *Riv. di Frenatria*, vol. 37, 1911, p. 369 ; analysé dans l'*Encéphale*, 1912, t. I, p. 494.
- THOMSEN (Bonn). — Dementia praecox und manisch depressives irresein. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, LXIV, 4, 1907, p. 631.
- TILING. — Kritik von Neissers individualität und psychose. *Zentralblatt. f. Psych.*, 1906.
- TINEL. — Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales. *Ann. Méd.-Psych.*, fév. 1933, par. 121.
- Psychose périodique et polynévrite. Le traitement des polynévrites par les méthodes anti-choc. *Ann. Méd.-Psych.*, 1933, 2, par. 58.
- Coïncidences familiales de démence précoce et de psychose périodique. *Soc. Méd.-Psych.*, séance du 8 mars 1934, I, par. 396.

- TINEL et LAMACHE. — Relations de la psychose maniaque-dépressive avec les crises de migraine, d'épilepsie, d'asthme et d'urticaire. *Soc. de Psychiatrie de Paris*, 1928 ; *Encéphale*, n° 2, 1928, par. 155.
- TOMASSON. — Untersuchungen über die elektrolyten des blutes und den bluten und der vegetative nervensystem best patienten und manisch depressiven psychose. *Acta psychiatrica*, vol. VII, fasc. 4, 1932, p. 679.
- TRÉNEL. — La schizophrénie, d'après les conceptions de Bleuler. *Revue Neurologique*, 1912.
- D.P. et folie périodique. *Soc. Méd.-Psych.*, juillet 1912.
- Folie intermittente et psychoses familiales. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1912, p. 205.
- Délire systématisé et syndrome circulaire. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1912, p. 238.
- TRILLOT (Jean). — L'hérédité cyclothymique. Son utilité dans le diagnostic et le pronostic de certaines psychoses. *Thèse Paris*.
- TRUELLE. — Délire mélancolique et syphilis méningée. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1926.
- Folie intermittente et D.P. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 15 mars 1920.
- URECHIA et Mme RETEZEANU. — Nouvelles recherches sur le brome sanguin. *Presse Médicale*, 1^{er} mai 1935.
- URSTEIN. — *Manisch depressives und Periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie*, 1912.
- *Die Dementia Præcox und ihre stellung zu manisch depressives Irresein*, Vienne, 1909.
- VASCHIDE et VURPAS. — Du rythme psychobiologique dans l'automatisme de certains aliénés. *A.M.P.*, 1903, v. I, page 267.
- WESTPHAL. — *La notion de Schizoidie et Schizomanie dans ses rapports avec la démence précoce et divers états psychopathiques*, Paris, 1928.
- WEYGANDT. — *Manisch-depressives Irresein*. *Berlin Clin. Wochenschrift*, 1901, n° 3.
- *Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins*, München, 1899.
- WIEG-WICKENTAL. — Zur Klinik d. D.P. *Collection Hoche*, 1908, vol. VIII, n° 2-4.
- WILDERMUTH. — Circular oder Schizopren ? *Zeitsch. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 1929, vol. 120, p. 416.
- WILMANS et LANGE. — Zur differential diagnostik des funktionellen Psychosen. *Zentralblatt. f. Nervenheilk*, 1907, p. 569, XXX fasc., Bd. XVIII.
- WILMANS. — Die Schizophrenie. *Z. f. d. g. N. u. P.*, t. LXXXVIII, 4° S., 1922.
- WIMMER. — Le mendélisme et l'hérédité dans les maladies mentales ; analysé in *Ann. Méd.-Psych.*, janv. 1920.
- ZENDIG. — Beiträge zur differential diagnose der D.P. und der M.D. Irreseins auf grund Katamnestischen Forschungen. *Allg. Zeit. f. N. u. Psych.*, 1909 ; analysé dans *Encéphale*, 1910, I, p. 181.
- ZONDEK-BIER. — Brom in blute bei manisch depressiven irresein. *Klin. Wochenschr.*, 1932, p. 633.
-

Table des Matières

PREMIERE PARTIE

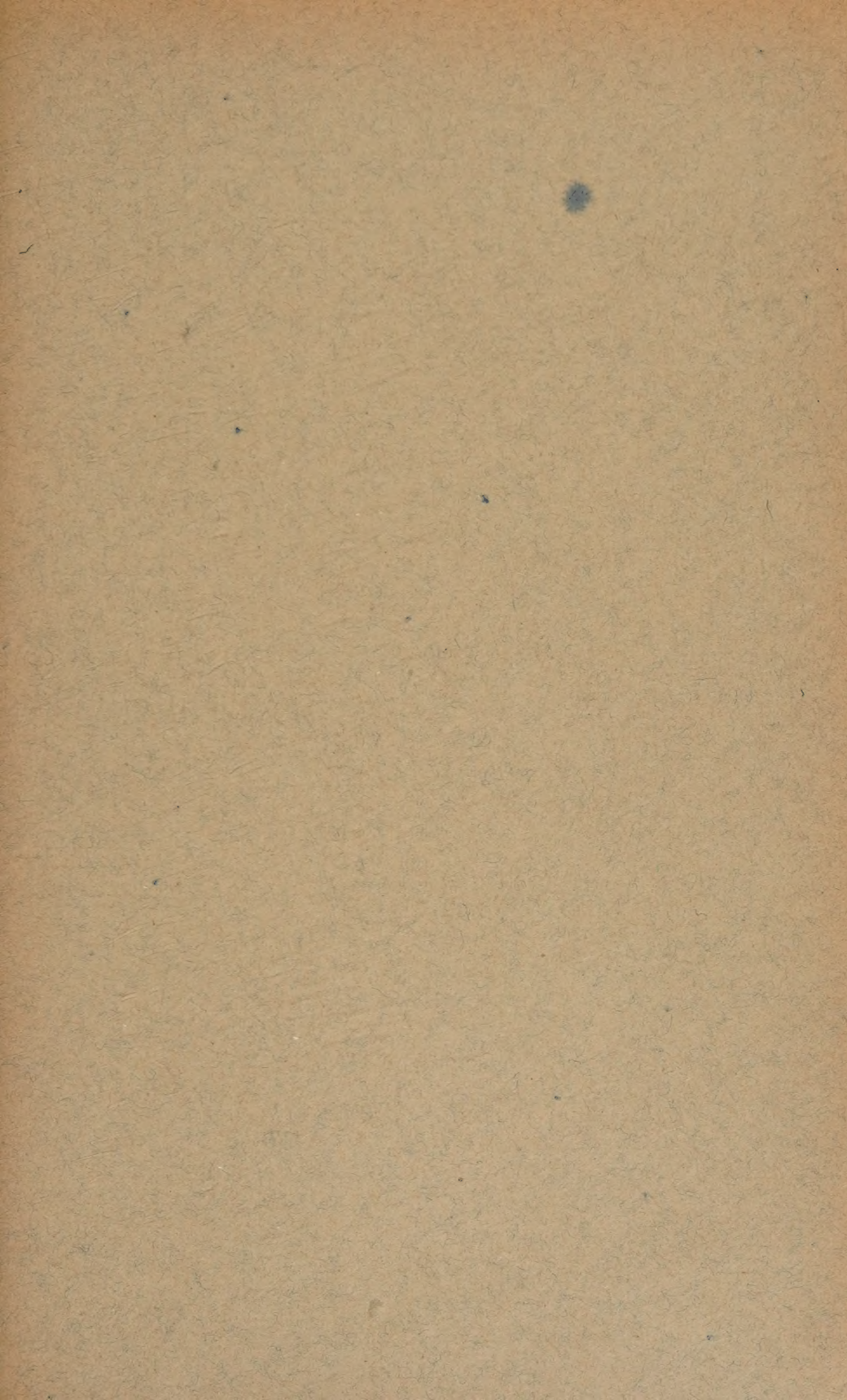
Théories et doctrines

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — <i>Vers la constitution d'unités noso-</i> <i>graphiques de Kræpelin à Bleuler</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Les facteurs personnels dans l'éclosion des</i> <i>psychoses maniaques-dépressives et schizophréniques</i> ..	28
a) Généralités concernant les facteurs personnels ..	28
b) Héritéité et psychoses	31
c) Héritéité et prédispositions caractérologiques ...	36
d) Constitution	41
e) Physiognomonie	47
Considérations générales sur les données de l'héritéité et des constitutions	48
Conclusion	50
CHAPITRE III. — <i>Considérations méthodologiques générales</i> <i>sur la structure des psychoses</i>	52
Rapports réciproques d'un processus morbide et de la personnalité	52
Principes proposés par les tendances psychopatho- logiques récentes	57
1° Compréhension et interpénétration affective ...	58
2° Le contact vital avec la réalité, Schizoïdie et Syntonie	61
Valeur méthodologique des notions de constitution, de réaction, de processus	64
CHAPITRE IV. — <i>Périodicité et troubles mentaux</i>	74
1° Intermittence et périodicité	74
2° Intermittence et continuité en psychopathologie.	76
3° Rapport entre la périodicité psychopathique et les faits biologiques	78
4° Conséquences psychopathologiques des condi- tions biologiques de périodicité et d'intermit- tence	80
5° Intermittence et psychogénèse	82
Conclusions	85

DEUXIEME PARTIE

Clinique et nosographie

CHAPITRE PREMIER. — <i>L'entité idéale maniaque-dépressive opposée à la dissociation schizophrénique</i>	91
I. Le type clinique idéal	91
II. Le type pur d'évolution	109
CHAPITRE II. — <i>Les types complexes de psychose maniaque-dépressive</i>	113
Type avec manie, confusion et délire	113
I. Symptôme des « réponses à côté »	144
II. Délires	148
III. Confusion mentale	151
Etats mixtes	170
CHAPITRE III. — <i>Schizophrénie intermittente et à type maniaque-dépressif, catatonie et psychose maniaque-dépressive. Le type schizomaniaque</i>	172
CHAPITRE IV. — <i>De certaines formes morbides, qui, malgré leurs rapports cliniques avec la psychose maniaque-dépressive ou le groupe de psychoses discordantes, ne peuvent être rattachées à ces entités nosographiques</i> ..	214
CHAPITRE V. — <i>Relations entre les conditions organiques et psychologiques contribuant à la genèse des états maniaques, mélancoliques et schizophréniques. Signification psychologique de ces états. Leur répartition nosographique</i>	222
APPENDICE	239
CONCLUSIONS	241
BIBLIOGRAPHIE	247



012